



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

แพรศิริ อยู่สุข* และ วราภรณ์ ทิพย์สุมานันท์**

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 73170

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการสูงอายุชนิดหนึ่งซึ่งเป็นผลของร่างกายเปลี่ยนจากสภาพที่แข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอ เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหัก และอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตามภาวะเปราะบางมีสาเหตุการเกิดที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยการป้องกันที่หลากหลายทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคม พยาบาลผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัวป้องกันภาวะเปราะบาง โดยบทบาทหลัก ประกอบด้วย 1) บทบาทผู้ประเมินภาวะสุขภาพ 2) บทบาทผู้จัดการดูแล 3) บทบาทผู้สอนและให้คำแนะนำ 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และ 5) บทบาทผู้ประสานงาน ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางจะช่วยชะลอภาวะพึ่งพิง นำมาซึ่งสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุ/ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน/ ภาวะเปราะบาง

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(2) : 14-23

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพ คลินิกผู้สูงอายุ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: praesiri.yos@mahidol.edu

** พยาบาลวิชาชีพ หน่วยอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: waraporn.tip@mahidol.edu



The Role of Geriatric Nurses in Promoting Health and Preventing Frailty among Older Persons in A Geriatric Clinic

Praesiri Yoosuk* and Waraporn Tipsumanunt**

Abstract

This article aims to present the role of geriatric nurses in promoting health and preventing frailty among older persons in a geriatric clinic. Frailty is a geriatric syndrome characterized by a transition from a state of strength to a state of weakness. It is a condition most common in older persons and can lead to reduced ability to perform daily activities, increased dependence on others, a heightened risk of falls and fractures, and potentially result in disability and increased mortality. However, frailty is caused by multiple interrelated factors, and effective prevention requires a multifaceted approach to physical, psychological and social domains. Geriatric nurses are part of multidisciplinary teams that assist in caring for the health of older persons. Therefore, nurses play an important role in promoting health of older adults and supporting their families to prevent frailty. Their core roles include health assessor, care manager, educator, counsellor and collaborator. Promoting health and preventing frailty can help delay dependency, leading to improved well-being

Keywords: role of geriatric nurses/ promoting health and preventing of frailty/ geriatric clinic

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(2) : 14-23

Article info: received December 10, 2024; revised August 20, 2025; accepted September 02, 2025

* Corresponding author, Registered Nurse, Geriatric Clinic, Outpatient Nursing Department, Nursing Division, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University,
E-mail: praesiri.yos@mahidol.edu

** Registered Nurse, Internal medicine unit, Outpatient Nursing Department, Nursing Division, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.



บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.86 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2585 คาดว่าประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 18.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.44 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกให้คำนิยาม ผู้สูงอายุ ว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งในช่วงวัยดังกล่าวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้อาจเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น ภาวะเปราะบาง (Frailty) โดยภาวะนี้เป็นการเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกายจากความแข็งแรงไปสู่ความอ่อนแอ²⁻⁴ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ใช่เฉียบพลัน แต่เป็นการค่อย ๆ ลดลงของสมรรถนะ เช่น กล้ามเนื้อลดลง เคลื่อนไหวช้าลง เหนื่อยง่าย และเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากขึ้น จึงเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลผู้สูงอายุต้องประเมินเฝ้าระวัง และวางแผนการดูแลเชิงป้องกันอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 12-40 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากร สถานที่ที่ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัย⁴ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกร้อยละ 12.22⁵ ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งยังทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหัก อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ด้านจิตใจอาจทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมีการรู้คิดบกพร่อง ด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้เพิ่มการใช้บริการด้านสุขภาพและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล²⁻⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะเปราะบางสามารถชะลอหรือป้องกันได้^{2-4, 6} อย่างไรก็ตามการชะลอหรือการป้องกันภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพควรมีการจัดการที่หลากหลาย⁷⁻¹⁰ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเปราะบางมีสาเหตุการเกิดและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน ตัวอย่างเช่น อายุที่มากขึ้น ปัญหาสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ภาวะโภชนาการ และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น^{4, 6, 11-14}

บทบาท หมายถึง ขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบตามที่สังคมกำหนดให้กับสถานภาพ สำหรับพยาบาลผู้สูงอายุ คือ บุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านการอบรมหรือสำเร็จหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทำหน้าที่คัดกรองปัญหาสุขภาพ ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่คลินิกผู้สูงอายุเป็นสถานบริการที่เน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะเสื่อมถอย ลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตลอดจนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁵

ดังนั้นบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางในคลินิกผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากพยาบาลทั่วไป เพราะต้องอาศัยสมรรถนะเฉพาะทางตามมาตรฐานสภาการพยาบาล และมีความรู้ลึกในศาสตร์การประเมิน วางแผน และจัดการปัจจัยเสี่ยงเชิงระบบของผู้สูงอายุแบบองค์รวม เนื่องจากต้องทำงานเชิงรุกร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการจัดการความเสี่ยงแบบองค์รวม เพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมถอยและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี^{6, 10-11} บทบาทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ



คำจำกัดความและสาเหตุปัจจัยเสี่ยง

ภาวะเปราะบาง (Frailty) หมายถึง กลุ่มอาการสูงอายุชนิดหนึ่งที่เป็นผลมาจากการลดลงของพลังงานสำรอง (Body reserve) รวมกับความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของร่างกายทั้งภายในและภายนอกร่างกาย (Stressors) ที่ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเปลี่ยนจากสภาพที่แข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอ และอาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ทางคลินิก เช่น การหกล้ม กระดูกหัก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้สิ่งกระตุ้นอาจมาจากปัจจัยด้านกายภาพ จิตใจ หรือสังคม และโดยทั่วไปภาวะเปราะบางมีความหมายครอบคลุมด้านกายภาพ (Physical frailty) และด้านจิตสังคม (Psychosocial frailty)²⁻⁴

สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเปราะบางนั้นมีมากมายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้

1. **อายุ** อายุที่มากขึ้นส่งผลให้พบภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น^{4, 6, 11-12, 14} ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จึงส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง^{11, 14}

2. **เพศ** เพศหญิงพบภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย^{6, 12, 14} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันจึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น เพศหญิงมักไม่ออกกำลังกาย จึงทำให้มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังและนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบาง^{6, 14}

3. **การศึกษา** ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะพบภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น^{4, 6, 11, 14} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่สามารถเข้าถึงหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ จึงทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตนเองลดลง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคและนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบาง^{6, 14}

4. **ปัญหาสุขภาพ** ผู้ที่มีโรคร่วมจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรคหรือมีโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้าย หรือโรคเมเร็ง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มี

ภาวะซึมเศร้า มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น หรือการรู้คิดบกพร่อง รวมทั้งผู้ที่มีประวัติการหกล้มและการใช้ยาหลายชนิด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเช่นกัน^{4, 6, 12}

5. **ภาวะโภชนาการ** ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง โดยมีการศึกษาที่พบความชุกของภาวะเปราะบางสูงในผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอหรืออาการเบื่ออาหารในผู้สูงอายุอาจนำไปสู่การขาดสารอาหารเรื้อรัง รวมถึงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเปราะบางตามมา^{4, 6, 12-13} อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่พบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่มีโรคอ้วน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคอ้วนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคร่วม รวมทั้งสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบางได้เช่นกัน¹³

6. **พฤติกรรมสุขภาพ** พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมทางกายที่ลดลง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ^{4, 6, 11-14} ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบาง^{4, 14}

7. **แรงสนับสนุนทางสังคม** ผู้สูงอายุที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะพบภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมหรือผู้สูงอายุที่พำนักอาศัยอยู่เพียงลำพังอาจนำไปสู่การเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกเหงา ซึมเศร้า สิ้นหวัง ไร้คุณค่า^{4, 6, 11, 13-14} นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังมักมีรายได้จำกัดหรือมีฐานะยากจน รวมทั้งมีความชุกของโรคเรื้อรังสูงหรือมีโรคร่วมหลายโรค ตลอดจนมีภาวะซึมเศร้าและจำนวนของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้มหรือการถูกทารุณกรรม สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น¹²



8. สภาพแวดล้อม การอาศัยในสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นมิตร เช่น ไม่มีทางเท้า ไม่มีสวนสาธารณะ หรือไม่มีพื้นที่สีเขียวและมีมลพิษทางอากาศ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มมากขึ้น⁴

โดยสรุปผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ระดับการศึกษาน้อย โรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพ ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่เหมาะสม รวมถึงขาดการสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ

การวินิจฉัยและการคัดกรองภาวะเปราะบาง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเปราะบางมีหลากหลาย เช่น Frailty Phenotype เกณฑ์การวินิจฉัยนี้เน้นทางด้านกายภาพเป็นหลัก โดยประกอบด้วย 5 ข้อ มีดังนี้ 1) น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional weight loss) 2) มีความรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรง (Self-report exhaustion) 3) มีการใช้พลังงานในระดับต่ำ (Low energy expenditure) 4) เดินช้า (Slow gait speed) และ 5) ความแข็งแรงในการกำมือต่ำ (Weak grip strength) และ Frailty Index จะเป็นการวัดความบกพร่องและความถดถอยของร่างกาย สมอง จิตใจ รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยเกณฑ์การวินิจฉัยจะครอบคลุมด้านกายภาพและด้านจิตสังคม^{2-4, 6} นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินภาวะเปราะบางให้มีความสะดวกต่อผู้ใช้งานมากขึ้น เช่น Clinical frailty scale, Edmonton Frailty Scale, Tilburg Frailty Scale, PRISMA-7, Groningen Frailty Indicator และ FRAIL Questionnaire (FRAIL scale)⁶

สำหรับประเทศไทยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะเปราะบางที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ได้แก่

Thai Frailty Index (TFI) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมหลายด้าน ประกอบด้วย โรคร่วมหรือภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถทางสติปัญญา และสภาวะทางอารมณ์ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที และ Modified Thai Frailty Index (Modified-TFI) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยปรับคำถามให้สั้นลงเพื่อความสะดวกในการใช้งาน ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที เช่นกัน เหมาะสำหรับใช้ทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน

นอกจากนี้ยังมี Kihon Checklist ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากประเทศญี่ปุ่น ใช้สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีจำนวน 25 ข้อ ใช้เวลาทำประมาณ 10 นาที และ FRAIL Questionnaire (FRAIL scale) เป็นแบบคัดกรองอย่างสั้นที่เน้นด้านกายภาพเป็นหลัก ใช้เวลาทำรวดเร็วเพียง 3-5 นาที เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความถี่ของความรู้สึกเหนื่อยเพลีย (Fatigue) 2) การพักระหว่างการขึ้นบันได 10 ขั้นโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Resistance) 3) ปัญหาเวลาเดินไกลเป็นระยะหลายร้อยเมตร โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (Ambulate) 4) โรคประจำตัวที่มากกว่า 5 โรค (Illness) และ 5) น้ำหนักที่เปลี่ยนแปลงภายใน 1 ปีที่ผ่านมามากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว (Loss of weight) การแปลผล หากมีคะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง (Frail) ถ้ามีคะแนน 1-2 หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (Pre-frail) และถ้ามีคะแนน 0 หมายถึง ภาวะแข็งแรง (Fit)¹⁶

โดยสรุปเครื่องมือคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่ใช้ในประเทศไทยมีหลายประเภท เช่น FRAIL Scale, Thai Frailty Index (TFI), Modified Thai Frailty Index (Modified-TFI) และ Kihon Checklist ซึ่งเครื่องมือแต่ละชนิดมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ทั้งนี้ FRAIL Scale ใช้ง่าย เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล แต่เน้นเฉพาะด้านกายภาพ ไม่ครอบคลุมด้านจิตสังคม ขณะที่ TFI และ Modified-TFI



ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุไทยนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน เช่น ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ รายได้ที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการไม่สามารถเข้าถึงหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือชุมชนที่ห่างไกล⁵ ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือควรพิจารณาตามบริบท เพื่อให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและช่วยชะลอภาวะพึ่งพิง^{2-4, 6} แต่เนื่องจากการเกิดภาวะเปราะบางนั้นมีสาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน การป้องกันภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการป้องกันที่หลากหลาย (Multifactorial intervention)⁷⁻¹⁰ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพร่างกาย^{2-4, 6-10} มีดังนี้

1.1 การประเมินคัดกรองด้านร่างกาย เช่น การชักประวัติโรคประจำตัว การใช้ยา ภาวะโภชนาการ การเดิน การทรงตัว เป็นต้น ทั้งนี้ในปัจจุบันยังมีการใช้แอปพลิเคชันและอุปกรณ์สวมใส่เพื่อช่วยประเมินและติดตามสถานะสุขภาพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การเผาผลาญพลังงาน หรือการนอนหลับ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองแบบเชิงรุกได้

1.2 การรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง โดยการพบแพทย์ตามนัด ปฏิบัติตัวตามแผนรักษาของแพทย์ และใช้ยาตามคำแนะนำจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ควรหลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเองหรือรับยาจากผู้อื่นมาใช้ เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาไม่เหมาะสม

1.3 การส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่ดี โดยการรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ และการรับประทานโปรตีนที่เพียงพอต่อความต้องการของ

ร่างกาย โดยผู้สูงอายุควรรับประทานโปรตีนให้ได้อย่างน้อย 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีโรคไตระยะที่ 3 ขึ้นไป) ทั้งนี้ควรเลือกเป็นโปรตีนคุณภาพดี เช่น ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เพื่อช่วยเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อ

1.4 การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-60 นาที ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ

1.5 การส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ

1.6 การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ ในระยะยาว

1.7 การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคและการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

2. การส่งเสริมสุขภาพจิต^{3-4, 6-10} มีดังนี้

2.1 การประเมินคัดกรองสุขภาพจิตใจ และการรู้คิด เช่น สภาวะทางอารมณ์ สติปัญญาและการรู้คิด เป็นต้น ทั้งนี้ในปัจจุบันมีแบบคัดกรองกรองออนไลน์ เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองได้สะดวกและรวดเร็ว รวมทั้งสามารถติดตามภาวะสุขภาพจิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2 การทำจิตใจให้สดชื่น แจ่มใส และการส่งเสริมการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การพูดคุยระบายอารมณ์กับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการทำกิจกรรมผ่อนคลาย เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้สติปัญญาและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

2.3 การส่งเสริมการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบ เช่น การทำสวนหรือการท่องเที่ยว เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข



2.4 การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น การไปวัดทำบุญตักบาตร เข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น หรือกิจกรรมในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถทางร่างกายและด้านสติปัญญาของผู้สูงอายุ

2.5 การส่งเสริมกิจกรรมที่ใช้ความคิด เช่น การเขียนหนังสือ การอ่านหนังสือ การคิดเลข หรือการฝึกหัดการใช้อุปกรณ์ใหม่ ๆ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านสติปัญญาของผู้สูงอายุ

3. การส่งเสริมสุขภาพทางสังคม^{3-4, 7-10} มีดังนี้

3.1 การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ผู้ดูแล ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ และเศรษฐกิจ เป็นต้น

3.2 การมีเครือข่ายการสนับสนุน เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือกลุ่มสังคมที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาเพื่อเสริมสร้างความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี

3.3 การปรับสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัย เช่น ภายในที่พักอาศัยควรมีแสงสว่างเพียงพอ ทางเดิน และบันไดควมมีราวจับ พื้นไม้ลื่น และจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันสิ่งของขวางทางเดิน นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีเทคโนโลยีช่วยลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ หรือการหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น ไฟส่องทางอัตโนมัติ ในจุดที่ผู้สูงอายุเดินผ่าน โดยจะช่วยเพิ่มการมองเห็น และลดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

โดยสรุปการป้องกันภาวะเปราะบางต้องอาศัยการดูแลแบบหลากหลาย (Multifactorial intervention) ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยให้ความสำคัญกับการรักษาและควบคุมโรคเรื้อรัง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การผ่อนคลายความเครียดและการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม การฝึกสมองในการคิดและเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

บทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

จากแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุข้างต้น สามารถสรุปบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้ดังนี้^{6, 10, 11, 15}

1. บทบาทผู้ประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessor) ได้แก่ การประเมินคัดกรองภาวะเปราะบาง ตลอดจนนำผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมาประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตประสาท ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยให้ทราบความผิดปกติที่ซ่อนอยู่ เช่น โรคประจำตัวหลายโรค ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม ความเสี่ยงต่อการหกล้ม การรู้คิดบกพร่อง ภาวะซึมเศร้า หรืออยู่คนเดียวโดยไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น ทั้งนี้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุมถือเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือภาวะเปราะบาง ซึ่งพยาบาลผู้สูงอายุมีความสามารถในการประเมิน รวมถึงระบุปัญหาความต้องการ ตลอดจนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้บริการดูแลมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น

2. บทบาทผู้จัดการดูแล (Care manager) ได้แก่ การจัดทำแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะเปราะบางแบบบูรณาการตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลลัพธ์จากการดูแล เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการหกล้ม และการควบคุมโรคเรื้อรัง เป็นต้น ตลอดจนการปรับการดูแลให้เหมาะสม



3. บทบาทผู้สอนและให้คำแนะนำ (Educator)
ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพและโรคเรื้อรัง เช่น การดูแลโรคประจำตัว การใช้ยาอย่างถูกต้อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม การป้องกันการหกล้ม ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการจัดโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor)
ได้แก่ การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น โดยรูปแบบการให้คำปรึกษาอาจเป็นการให้คำปรึกษาที่คลินิกผู้สูงอายุหรือการพูดคุยทางไกล (Tele-nursing) ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางและเพิ่มการเข้าถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5. บทบาทผู้ประสานงาน (Collaborator)
ได้แก่ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น อายุรแพทย์ ผู้สูงอายุ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงประสานงานกับครอบครัวและชุมชนในการสร้างและส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตลอดจนการประสานการให้บริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตรงตามความต้องการ ลดความซ้ำซ้อนและความล่าช้าในการดูแล

โดยสรุปบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินและคัดกรองเพื่อวางแผนดูแล (Health assessor) การจัดการและติดตามแผนการดูแลแบบบูรณาการ (Care manager) การให้

ความรู้และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Educator) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ (Counsellor) และการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน (Collaborator) ซึ่งบทบาทเหล่านี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ไปสู่การให้บริการเชิงรุกที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการกำหนดบทบาทอย่างชัดเจนจะทำให้การพยาบาลตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนลดโอกาสการเจ็บป่วยและการเกิดภาวะพึ่งพิง

บทสรุป

ภาวะเปราะบางเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีสาเหตุการเกิดที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งนี้การป้องกันภาวะเปราะบางที่มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยการส่งเสริมและป้องกันที่หลากหลายครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม พยาบาลผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกทีมสหวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง ซึ่งบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุนั้น ประกอบด้วย

- 1) บทบาทผู้ประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessor)
- 2) บทบาทผู้จัดการการดูแล (Care manager)
- 3) บทบาทผู้สอนและให้คำแนะนำ (Educator)
- 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counsellor) และ
- 5) บทบาทผู้ประสานงาน (Collaborator)

ทั้งนี้การกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน จะช่วยให้การพยาบาลได้อย่างเฉพาะเจาะจงตามลักษณะปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งจะส่งผลให้ลดความเสี่ยงจากภาวะเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนช่วยลดการเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุในอนาคต



References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai Older Persons 2022. Bangkok (Thailand): Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2023.
2. Woolford SJ, Sohan O, Dennison EM, Cooper C, Patel HP. Approaches to the diagnosis and prevention of frailty. *Aging Clin Exp Res.* 2020; 32(9): 1629-37. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01559-3>
3. Kim DH, Rockwood K. Frailty in older adults. *N Engl J Med.* 2024; 391(6): 538-48. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2301292>
4. Dent E, Hanlon P, Sim M, Jylhävä J, Liu Z, Vetrano DL, et al. EPI-FRAIL consortium. Recent developments in frailty identification, management, risk factors and prevention: A narrative review of leading journals in geriatrics and gerontology. *Ageing Res Rev.* 2023; 91: 102082. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102082>
5. Sanhawatt Sopraphum S, Srisuwan P, Tienthavorn T, Kengpanich S. Prevalence and risk factors associated with frailty among older patients in Out-patient Department Phramongkutklao Hospital: A mixed method study. *J Gerontol Geriatr Med.* 2022; 21(1): 1-11.
6. Karahan A. Prevention of the frailty and nursing. *J Educ Res Nurs.* 2021; 18(3): 347-51. <https://doi.org/10.5152/jern.2021.37531>
7. Song MS, Boo S. Effects of a nurse-led multicomponent intervention for frail older adults living alone in a community: A quasi-experimental study. *BMC Nurs.* 2022; 21(1): 20. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00801-1>
8. Chong E, Zhu B, Ng SHX, Tan H, Goh EF, Molina JC, et al. Emergency department interventions for frailty (EDIFY): Improving functional outcomes in older persons at the emergency department through a multicomponent frailty intervention. *Age Ageing.* 2022; 51(2): afab251. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab251>
9. Kasa AS, Drury P, Traynor V, Lee SC, Chang HR. The effectiveness of nurse-led interventions to manage frailty in community-dwelling older people: A systematic review. *Syst Rev.* 2023; 12(1): 182. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02335-w>
10. Gobbens RJJ, Uchmanowicz I. Frailty viewed from a nursing perspective. *SAGE Open Nurs.* 2023; 9: 23779608221150598. <https://doi.org/10.1177/23779608221150598>
11. Hoff JT. Frailty syndrome: Implications for nursing practice. *J Nurse Pract.* 2021; 17(10): 1204-7. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.09.012>
12. Wang X, Hu J, Wu D. Risk factors for frailty in older adults. *Medicine (Baltimore).* 2022; 101(34): e30169. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030169>



13. Barbosa da Silva A, Queiroz de Souza I, da Silva IK, Borges Lopes Tavares da Silva M, Oliveira Dos Santos AC. Factors associated with frailty syndrome in older adults. J Nutr Health Aging. 2020; 24(2): 218-22. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1310-y>
14. Kendhapedi KK, Devasenapathy N. Prevalence and factors associated with frailty among community-dwelling older people in rural Thanjavur district of South India: A cross-sectional study. BMJ Open. 2019; 9(10): e032904. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032904>
15. Sivasamy V, Ng RQM, Lee JHM, Mamun K. A narrative review of the role of geriatric advanced practice nurses in the care of frail older adults in Singapore. Geriatr Nurs (N Y). 2025; 61: 342-8. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.11.004>
16. Srinonprasert V, Khampang R, Pitiyarn S. Intermediate care models for frail older people. In: Muangpaisan W, editor. Self-care for aging in place. Bangkok (Thailand): Ruenkaew Printing; 2024. p. 66-90.