

# Outcomes of the Mobile Geriatric Clinic Service at Sena Hospital

*Pawanrat Kitchalow, M.D.\**

## Abstract

---

**Objectives:** 1) To assess the prevalence of geriatric syndromes in the elderly. 2) To evaluate the effectiveness of referrals to specialists and the continuity of follow-up care. 3) To examine the correlation between cognitive impairment and other geriatric syndromes.

**Methods:** This is a cross-sectional survey study aimed at assessing the prevalence of geriatric syndromes in the elderly. The sample size was determined using Cochran's formula for prevalence studies, and the final sample was adjusted for the limited population using the Finite Population Correction (FPC), resulting in a total of 385 elderly individuals. Comprehensive geriatric assessments were performed using standard tools developed by the Department of Medical Services, Ministry of Public Health, to identify geriatric syndromes. Pearson's correlation statistical analysis was applied to examine the correlation between cognitive impairment and other geriatric syndromes.

**Results:** The most prevalent geriatric syndrome observed was instability, with 234 individuals identified as being at risk of falling (60.78%) and 52 individuals reporting a fall within the past six months (13.50%). The second most common condition was cognitive impairment, including mild cognitive impairment (MCI) in 157 individuals (40.78%) and dementia in 25 individuals (6.49%). The most frequent reason for referral to specialists was related to oral health issues. The most common issue was tooth loss, followed by vision problems, particularly cataracts. Among those referred to specialists, 94.02% attended their follow-up appointments. The main reasons patients did not attend follow-up appointments were lack of someone to accompany them to the hospital or a belief that their condition was not urgent. Cognitive impairment was found to have a significant correlation with urinary or fecal incontinence ( $p$ -value  $< 0.01$ ) and instability ( $p$ -value  $< 0.05$ ). It is possible that elderly individuals experiencing these symptoms may have a decline in social activities. Engaging in social interactions, meeting friends, conversing and participating in group activities are crucial in reducing the risk of cognitive impairment.

**Conclusion:** The mobile geriatric clinic, established through the collaboration of a multidisciplinary team, serves as a model for delivering healthcare services to the elderly, enhancing their access to healthcare. Elderly individuals undergo a comprehensive geriatric assessment (CGA), receive appropriate care planning, and are raised awareness about identifying age-related conditions. If these conditions are not addressed in a timely and appropriate manner, they can significantly impact the quality of life of the elderly and their caregivers. However, the CGA has limitations due to the time required for evaluation. In the future, it may be necessary to develop a more efficient assessment model.

**Keywords:** elderly; geriatric syndrome; mobile geriatric clinic; cognitive impairment

---

\*Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya

Received: November 7, 2024; Revised: March 20, 2025; Accepted: April 25, 2025

# ผลลัพธ์การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่โรงพยาบาลเสนา

ปวันรัตน์ กิจเฉลา, พ.บ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** 1) ศึกษาความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) 2) ศึกษาผลการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางและความครอบคลุมในการรักษาต่อเนื่องตามนัด 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ กับกลุ่มอาการหลงลืม

**วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้ สูตรของ Cochran เพื่อประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมสำหรับหาความชุก (Prevalance) และปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างตามประชากรที่จำกัดโดยใช้ สูตร Finite Population Correction (FPC) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 385 คน และนำกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทั้งหมดมาประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ ตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อค้นหากลุ่มอาการผู้สูงอายุและใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สันเพื่อหาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ กับกลุ่มอาการหลงลืม

**ผลการศึกษา:** กลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ภาวะหกล้ม ได้แก่ ภาวะมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 234 ราย (ร้อยละ 60.78) เคยหกล้ม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 13.50) รองลงมา คือ กลุ่มอาการหลงลืม (cognitive impairment) ได้แก่ ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 40.78) และกลุ่มสมองเสื่อม (Dementia) 25 ราย (ร้อยละ 6.49) และส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางด้านสุขภาพช่องปากมากที่สุด โดยเป็นปัญหาเรื่องการสูญเสียฟันมากที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาด้านการมองเห็น โดยพบปัญหาเรื่องต้อกระจกมากที่สุด ในรายที่ส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางมาตรวจตามนัด ร้อยละ 94.02 สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด คือ ไม่มีใครพามาโรงพยาบาล รองลงมาคิดว่าเป็นโรคที่ไม่ต้องรับรักษาและกลุ่มอาการหลงลืมมีความสัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ และภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ ,  $p\text{-value} < 0.05$  ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอาการดังกล่าวจะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ซึ่งการเข้าสังคม พบปะเพื่อน พูดคุยหรือเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของอาการหลงลืม

**สรุป:** คลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ โดยความร่วมมือของทีมนิสิตวิชาชีพ เป็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินแบบองค์รวม วางแผน

การดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงสร้างความตระหนักในการค้นหากลุ่มอาการผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะดังกล่าวหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้ดูแล แต่การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมมีข้อจำกัดเนื่องจากต้องใช้เวลาในการประเมิน ในอนาคตอาจจะต้องมีพัฒนา รูปแบบการประเมินให้เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ; กลุ่มอาการผู้สูงอายุ; คลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่; กลุ่มอาการหลงลืม

---

\*โรงพยาบาลเสนา พระนครศรีอยุธยา

ได้รับต้นฉบับ: 7 พฤศจิกายน 2567; แก้ไขบทความ: 20 มีนาคม 2568; รั้งลงตีพิมพ์: 25 เมษายน 2568

## บทนำ

จากสถิติข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี มากกว่า 12.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ<sup>(1)</sup> อัมเอนา เป็นหนึ่งในอัมเอนาที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุของอัมเอนา ปี 2566 พบว่ามีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี 11,869 คน คิดเป็นร้อยละ 22.07 จากประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มติดสังคมคิดเป็นร้อยละ 97.53 กลุ่มติดบ้าน คิดเป็นร้อยละ 1.98 กลุ่มติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.49<sup>(2)</sup> และจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข สภาพสังคม และเศรษฐกิจในอนาคต<sup>(3-4)</sup>

การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment: CGA) โดยทีมสหวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญอย่างมาก เนื่องจากการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักจะเป็นกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) โดยลักษณะกลุ่มอาการดังกล่าวไม่ได้มีสาเหตุที่จำเพาะกับปัจจัยการเกิดโรคใดโรคหนึ่งเพียงอย่างเดียว มักจะมีสาเหตุการเจ็บป่วยหรือเกิดโรคได้หลายสาเหตุ (Multifactorial etiologies) ซึ่งกลุ่มอาการผู้สูงอายุดังกล่าว ได้แก่ อาการหลงลืม (cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะหกล้ม (instability) สูญเสียความสามารถใน

การเดิน (immobilization) ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ (incontinence) ภาวะขาดสารอาหาร (inanition) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (iatrogenesis) ที่พบมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น<sup>(5-6)</sup> การได้รับการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา รวมถึงการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพอย่างทันที่ จึงมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้นานที่สุด<sup>(7-9)</sup>

แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หลายท่านไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวกด้วยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง และบางส่วนยังไม่เห็นความสำคัญคิดว่าอาการต่าง ๆ เป็นเรื่องปกติของอายุที่มากขึ้น ทำให้หลายคนตัดสินใจประวิงเวลา ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจนกระทั่งสุขภาพทรุดโทรมมาก<sup>(7,10)</sup> ความร่วมมือของชุมชน เช่น อสม. อบต. และการให้บริการแบบเชิงรุก จึงมีส่วนสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ<sup>(11)</sup>

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเล็งเห็นถึงปัญหากลุ่มอาการผู้สูงอายุ และข้อจำกัดและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพดังที่กล่าวไปข้างต้น จึงพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งต่อและดูแลรักษาแบบบูรณาการ เชื่อมโยงจากชุมชนสู่โรงพยาบาล จึงจัดรูปแบบการบริการเชิงรุกในพื้นที่ โดยการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

ทั้ง 16 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 1 แห่ง โดยมีทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อลงไปประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment: CGA) ทหาความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) และวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงส่งต่อแพทย์เฉพาะทางในรายที่เกิดภัยสุขภาพ ผู้วิจัยต้องการทราบว่า การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ดังกล่าวมีผลลัพธ์อย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ มาพัฒนาและหารูปแบบที่เหมาะสม ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ รองรับจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes)
2. ศึกษาผลการส่งต่อเพื่อรับการรักษา โดยแพทย์เฉพาะทางและความครอบคลุมในการรักษาต่อเนื่องตามนัด
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ กับกลุ่มอาการหลงลืม

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาความชุกกลุ่มอาการสูงอายุ เก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่โรงพยาบาลเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 11,869 คน

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดโดยใช้ สูตรของ Cochran เพื่อประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมสำหรับหาความชุก (prevalance) ใช้ค่าความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุจากการศึกษาของ ปณิตา ลิมปวัฒนาและคณะ<sup>(12)</sup> เมื่อแทนค่าในสูตร

$$n_0 = Z^2P(1 - P) / E^2 = 1.96^2 * 0.5(1 - 0.5) / 0.005^2 = 385$$

โดยที่:

$n_0$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z = 1.96$  (ค่าคะแนน  $Z$  สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95%)

$P = 0.5$  (50%) (ค่าความชุก)

$E = 0.005$  (ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5%)

เนื่องจากจำนวนประชากรทั้งหมด ( $N = 11,869$ ) มีขนาดจำกัด จึงต้องมีการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Finite Population Correction (FPC) ตามสมการ

$$n = n_0 / (1 + ((n_0 - 1) / N)) = 385 / (1 + ((385 - 1) / 11869)) = 373$$

โดยที่ :  $N$  คือ ขนาดประชากรทั้งหมด

จากการคำนวณโดยใช้สูตรข้างต้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ปรับแล้วสำหรับการศึกษานี้คือ 373 ราย แต่ภายหลังรวบรวมข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 385 ราย ผู้วิจัยจึงนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด

## เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยผู้สูงอายุสามารถฟังและตอบภาษาไทยได้เข้าใจ

## เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้สูงอายุที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมวิจัย  
2. ผู้สูงอายุที่ระหว่างซักถามมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน หรือหายใจหอบเหนื่อย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ โดยในการศึกษานี้ศึกษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ ดังนี้ อาการหลงลืม (cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะหกล้ม (instability) ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ (incontinence) ภาวะขาดสารอาหาร (inanition) ด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>(13-14)</sup> ได้แก่ การประเมินการรู้คิดด้วย Thai Mental State Examination (TMSE) Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยพยาบาลและ

นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ประเมินการเดินและทรงตัวด้วย Time Up and Go Test (TUGT) 30-sec chair stand โดยนักกายภาพบำบัด ประเมินภาวะขาดสารอาหาร ด้วย Mini Nutritional Assessment (MNA) โดยนักโภชนาการ วิเคราะห์ผล สรุปปัญหา และหาแนวทางการดูแลรักษารายบุคคลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลเสนาและความครอบคลุมในการรักษาต่อเนื่องตามนัด

## การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเสนา เลขที่ อย.0033.202.2/003 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567

## ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โรงพยาบาลเสนา จำนวน 385 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 307 ราย (ร้อยละ 79.74) เพศชายจำนวน 78 ราย (ร้อยละ 20.26) มีอายุเฉลี่ย 72.48 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.26

1. ความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างพบกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ดังนี้

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มอาการหลงลืม (Cognitive impairment)		
- ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI)	157	40.78
- กลุ่มสมองเสื่อม (Dementia)	25	6.49
ภาวะซึมเศร้า (Depression)	33	8.57
ภาวะหกล้ม (Instability)		
- เคยหกล้ม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	52	13.50
- กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม	234	60.78
ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ (Incontinence)	49	12.73
ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition)		
- กลุ่มเสี่ยงขาดสารอาหาร	45	11.69
- กลุ่มขาดสารอาหาร	8	2.08

2. การส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางและความครอบคลุมในการรักษาต่อเนื่องตามนัด

จากกลุ่มตัวอย่างพบผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางจำนวน 184 ราย (ร้อยละ 47.79) รายละเอียดดังตาราง 2 โดยพบปัญหาสุขภาพช่องปากมากที่สุด ได้พบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา และพบว่าเป็นปัญหาเรื่องการสูญเสียฟันมากที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาด้านการมองเห็น ได้พบจักษุแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาและพบว่าเป็นโรคต้อกระจกมากที่สุด ปัญหาด้านการหลงลืม พบว่าเป็นโรค Alzheimer's disease มากที่สุด

ปัญหาเรื่องซึมเศร้า พบว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุด โดยทั้งสองโรคได้รับตรวจรักษาจากจิตแพทย์ ปัญหาด้านการได้ยิน ได้พบแพทย์โสต ศอ นาสิก เพื่อรับการตรวจรักษาและพบว่าเป็นโรคประสาทหูเสื่อมตามอายุ (Presbycusis) มากที่สุด ปัญหาการเคลื่อนไหว ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ออร์โธปิดิกส์แล้ว และพบว่าเป็นปัญหาเรื่องข้อเข่าเสื่อมมากที่สุด และความครอบคลุมในการรักษาต่อเนื่องเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางตามนัด 173 ราย (ร้อยละ 94.02) โดยสาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด คือ ไม่มีใครพามาโรงพยาบาล รองลงมาคิดว่าเป็นโรคที่ไม่ต้องรับรักษา

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจำเป็นต้องส่งต่อเพื่อ  
รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านสุขภาพช่องปาก	81	21.04
ด้านการมองเห็น	51	13.25
กลุ่มอาการหลงลืม	28	7.27
ภาวะซึมเศร้า	10	2.60
ด้านการได้ยิน	9	2.34
ด้านการเคลื่อนไหว	4	1.04
ภาวะขาดสารอาหาร	1	0.25

3. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่น ๆ กับกลุ่มอาการหลงลืม เชิงบวกกับภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value < 0.01 ( $r = 0.733$ ) ภาวะหกล้ม (Instability) ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงหกล้ม และอายุในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p$ -value < 0.05, เพียร์สัน พบว่ากลุ่มอาการหลงลืมมีความสัมพันธ์ < 0.01 ตามลำดับ ( $r = 0.024, 0.004$  ตามลำดับ)

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุและกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับกลุ่มอาการหลงลืม

	กลุ่มอาการหลงลืม	
อายุ	Correlation Coefficient	.147**
	Sig. (2-tailed)	.004
	N	385
เพศ	Correlation Coefficient	.002
	Sig. (2-tailed)	.967
	N	385
ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่	Correlation Coefficient	.733**
	Sig. (2-tailed)	<.001
	N	385
ภาวะหกล้ม (Instability) ได้แก่ เคยหกล้ม	Correlation Coefficient	-.011
	Sig. (2-tailed)	.831
	N	385

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุและกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับกลุ่มอาการหลงลืม

กลุ่มอาการหลงลืม		
ภาวะหกล้ม (Instability) ได้แก่	Correlation Coefficient	.115*
กลุ่มที่มีความเสี่ยงหกล้ม	Sig. (2-tailed)	.024
	N	385
ภาวะทุพโภชนาการ	Correlation Coefficient	.036
	Sig. (2-tailed)	.485
	N	358
ภาวะซึมเศร้า	Correlation Coefficient	.026
	Sig. (2-tailed)	.320
	N	358

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\*\*Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

### วิจารณ์

การศึกษาผลลัพธ์การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่โรงพยาบาลเสนาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ มาพัฒนาและหารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นในอนาคตต่อไป โดยศึกษาหาความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือภาวะหกล้ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 234 ราย (ร้อยละ 60.78) เคยหกล้ม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 13.50) รองลงมา คือ กลุ่มอาการหลงลืม (cognitive impairment) ได้แก่ ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 40.78) และกลุ่มสมองเสื่อม (Dementia) 25 ราย (ร้อยละ 6.49) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาหาความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุของ Tkacheva และคณะ ที่พบปัญหาด้านการสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน อาการหลงลืม ตามลำดับ<sup>(15)</sup>

และการศึกษาในประเทศไทยของจิตติมา บุญเกิด พบภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมเล็กน้อย และภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ<sup>(16)</sup> อาจเป็นเพราะงานวิจัยนี้ดำเนินการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่มุ่งเน้นเป็นการจัดบริการเชิงรุก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่เป็นคลินิกผู้สูงอายุที่จัดตั้งอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้ควบคู่ไปกับการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม เช่น ในกลุ่มที่ภาวะหกล้ม จะมีโปรแกรมเพิ่มกำลังขาพาเดินมั่นคง เพื่อให้ความรู้และสอนท่าออกกำลังกาย กลุ่มที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จะส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นสมอง เป็นต้น

ผลการส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แม้จะ

พบกลุ่มภาวะหกล้มมากที่สุดแต่ความจำเป็นในการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางค่อนข้างน้อย เนื่องจากกลุ่มอาการดังกล่าว หลังจากประเมินแล้วพบว่าสาเหตุเกิดจากปัญหาข้อเข่าและกระดูกสันหลังที่เริ่มเสื่อม ซึ่งการรักษาหลักของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ การออกกำลังกาย<sup>(17)</sup> โดยเรามีทีมกายภาพบำบัดในคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ช่วยวางแผนการดูแลและให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มนี้และนอกจากกลุ่มอาการผู้สูงอายุ จะพบว่าปัญหาด้านสุขภาพช่องปากและการมองเห็น เป็น 2 ปัญหาที่จำเป็นต้องส่งพบแพทย์เฉพาะทางมากที่สุด ผู้วิจัยจึงวางแผนที่จะสร้างความร่วมมือกับทันตแพทย์ และจักษุแพทย์ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแล (Guideline) และสร้างช่องทางด่วน (Green channel) ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อความรวดเร็วและเป็นระบบมากขึ้นและหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ กับกลุ่มอาการหลงลืม พบว่าภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ภาวะหกล้ม (Instability) ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงหกล้มมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับกลุ่มอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช ของปิณฑร สิริทิพากร และคณะ<sup>(18)</sup> ที่พบว่า ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะหกล้มและภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่จะมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ซึ่งการเข้าสังคม พบปะเพื่อน พุดคุยหรือเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของ

อาการหลงลืม

จากผลลัพธ์การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ พบว่าผู้สูงอายุหนึ่งคนสามารถพบกลุ่มอาการผู้สูงอายุได้มากกว่า 1 อาการ และผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งในงานวิจัยนี้แม้จะพบกลุ่มอาการผู้สูงอายุแต่หลังจากการประเมินแล้วสามารถดูแลรักษาและให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความยากลำบากของการมาโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีก่อนที่อาการดังกล่าวจะเป็นมากขึ้นจนสุขภาพทรุดโทรม และผู้วิจัยวางแผนที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวในแต่ละกลุ่มอาการ และวัดผลลัพธ์เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ต่อไป

## สรุป

คลินิกผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่ โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ เป็นรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินแบบองค์รวม วางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงสร้างความตระหนักในการค้นหากลุ่มอาการผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะดังกล่าวหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขสภาพสังคม และเศรษฐกิจในอนาคต แต่การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมมีข้อจำกัดเนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการประเมิน ในอนาคตอาจจะต้องมีพัฒนารูปแบบการประเมินให้เหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ย.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/jFW93>
2. เครือข่ายสุขภาพอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. สรุปผลการดำเนินงาน คปสอ.เสนา ตรวจราชการรอบ 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/FKJbt>
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. 3<sup>rd</sup> ed. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
4. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมอง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
5. Sanford AM, Morley JE, Berg-Weger M, Lundy J, Little MO, Leonard K, et al. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. PLoS One 2020;15(6):e0233857.
6. Takayama S, Tomita N, Arita R, Ono R, Kikuchi A, Ishii T. Kampo Medicine for various aging-related symptoms: a review of geriatric syndrome. Front Nutr 2020;7:86.
7. 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.
8. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing 2018;47(1):149-55.
9. Schippinger W. Comprehensive geriatric assessment. Wien Med Wochenschr 2022;172(5-6):122-25.
10. Lapteva ES, Ariev AL, Safonova YA, Diachkova-Gerceva DS. [Geriatric syndromes: the importance of the problem, controversial issues of terminology]. Adv Gerontol 2024;37(1-2):60-6.
11. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, จิณณ์ สิธานรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล 2557;29(3):104-15.
12. Limpawattana P, Sawanyawisuth K, Soonpornrai S, Huangthaisong W. Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand. Asian Biomed 2011;5(4):493-7.

13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
14. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
15. Tkacheva ON, Runikhina NK, Ostapenko VS, Sharashkina NV, Mkhitaryan EA, Onuchina JS, et al. Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow. ClinInterv Aging 2018;13:251-59.
16. Boongird C, Thamakaison S, Krairit O. Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital. Geriatr Gerontol Int 2011;11(2):204-10.
17. สายธิดา ลาภอนันต์สิน, วาสนา เตโชวานิชย์, พันพิศสา ณ สงขลา, ยุพารัตน์ อดกลั่น, สุนันทา วิฑูรย์. การพัฒนาสมรรถภาพการทรงตัวและความกลัวการล้มของผู้สูงอายุหญิงในตำบลองครักษ์และบางลูกเสือจังหวัดนครนายกด้วยการบริการวิชาการวิชาการชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด 2558;37(2):63-77.
18. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ดุจปรารณา พิศาลสารกิจ, เพ็ญศรี เซาว์พานิชย์เวช, ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์, สุทิสรา ปิติญาณ และคณะ. ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(3):20-9.