

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, วท.ม.*, วรพงศ์ ตรีสิทธิวิช วท.บ.**

*นักกายภาพบำบัด, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**นักกายภาพบำบัด, อิสระ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพุทธิปัญญากพร่อง แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว ด้วย Berg balance scale และ Time up and go test สถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฐานสถิติไค-สแควร์ และการถดถอยโลจิสติก

ผล : พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 131 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 86.3 สถานภาพโสด ร้อยละ 44.3 มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 60.3 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.4 อีกทั้งไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.8 และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 96.2 ความสามารถในการทรงตัวเมื่อประเมินด้วย Berg balance test มีความเสี่ยงล้มปานกลาง ร้อยละ 54.2 และเมื่อประเมินด้วย Time up and go test มีความเสี่ยงล้มระดับต่ำ ร้อยละ 87.8 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพุทธิปัญญากพร่อง ร้อยละ 75.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม คือ การใช้ยา Diazepam (AOR =9.05, 95% CI =1.68,48.65) ความเสี่ยงล้มระดับปานกลางเมื่อประเมินด้วย Berg balance test (AOR =6.19, 95% CI =2.34,16.33) และพุทธิปัญญากพร่อง (AOR =9.48, 95% CI =2.61,34.38)

สรุป : ความชุกในการล้ม ร้อยละ 50.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง คือ การใช้ยา Diazepam ความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง และพุทธิปัญญากพร่อง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้และส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เพื่อป้องกันการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : การล้ม, ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF FALLS AMONG ELDERLY OUTPATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Thitima Narongsak, M.Sc.*, Vorapong Trisithivanij, B.Sc**

** Physical Therapist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

***Physical Therapist, Freelance*

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of falls and identify factors associated with falls among elderly patients with schizophrenia at the outpatient department of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Methods: This study was a cross-sectional descriptive study. Data were collected using a general information questionnaire, a cognitive impairment assessment, the Berg Balance Scale, and the Timed Up and Go (TUG) test. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, the chi-square test, and logistic regression analysis.

Results: A total of 131 participants were included. The majority were female (53.4%), aged 60–70 years (86.3%), and single (44.3%). Most participants had underlying physical comorbidities (60.3%), did not engage in regular exercise (66.4%), were non-smokers (90.8%), and did not consume alcohol (96.2%). Balance assessment using the Berg Balance Scale indicated a moderate risk of falls in 54.2% of participants, while the TUG test indicated a low fall risk in 87.8%. Additionally, 75.6% of participants had cognitive impairment. Factors significantly associated with falls were Diazepam use (AOR = 9.05, 95% CI = 1.68, 48.65), a moderate risk of falls based on the Berg Balance Scale (AOR = 6.19, 95% CI = 2.34, 16.33), and cognitive impairment (AOR = 9.48, 95% CI = 2.61, 34.38).

Conclusion: The prevalence of falls was 50.4%. Factors associated with falls included Diazepam use, a moderate fall risk based on the Berg Balance Scale, and cognitive impairment. Healthcare providers should provide education and promote physical activity to prevent falls among elderly patients with schizophrenia.

Key words: Falls, Elderly Schizophrenia, Associated Factors

บทนำ

ประเทศไทยให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป¹ ในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society)²

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยจัดอยู่ใน 1 ใน 6 สาเหตุหลักของการบาดเจ็บ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกให้นิยาม “การล้ม” ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ตั้งใจ ซึ่งทำให้บุคคลทรุดตัวลงสู่พื้นหรือระดับที่ต่ำกว่า อันเป็นผลจากการสูญเสียการทรงตัว โดยไม่ได้เกิดจากความตั้งใจ ภาวะหมดสติ หรือการเป็นลม จากข้อมูลพบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 391,000 คน ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555³ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่ามีอัตราการเกิดการล้มเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 26.5⁴ สำหรับบริบทของประเทศไทย ข้อมูล

จากกรมควบคุมโรคแสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวน 320,559 คน ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 344,847 คน และปี พ.ศ. 2568 เพิ่มขึ้นเป็น 396,465 คน ทั้งนี้ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งจากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนปีที่ผู้สูงอายุสูญเสียการมีสุขภาพดี หรือเป็นปีที่มีภาวะทุพพลภาพ (Disability adjusted life year; DALYs) เกิดจากโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชากรสูงอายุ สำหรับโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือโรคทางสมอง และจิตเวช

โรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย คิดเป็นร้อยละ 40–50 ของผู้ป่วยจิตเวช⁵ พบได้ทั้งเพศชายและหญิง และสัมพันธ์กับฐานะเศรษฐกิจสังคมระดับต่ำ^{6,7} ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุขัยสั้นลง 10–20 ปี⁸ และมักมีโรคร่วมหลายโรค ทำให้กิจกรรมทางกายลดลงและมวลกระดูกลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการล้มและกระดูกหัก⁹ นอกจากนี้ ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต เช่น อาการพาร์กินสันนิซึม (Parkinsonism) ซึ่งทำให้เกิด rigidity การเคลื่อนไหวช้า และการทรงตัวลดลง ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้ม^{9, 10} เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลง ทั้งระบบประสาทสัมผัส ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงความ

บกพร่องด้านพุทธิปัญญา ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการล้มมากขึ้น¹¹ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั่วไป รวมถึงผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายเรื้อรังอย่างกว้างขวาง ทั้งใน และต่างประเทศ แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งในด้านพยาธิสรีรวิทยาของโรคผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านโรคจิต ภาวะพุทธิปัญญบกพร่อง ตลอดจนข้อจำกัดด้านสมรรถภาพทางกาย และการทรงตัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการล้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางในการป้องกันการล้ม และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมอย่างเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบัน

จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเภท (F20.xx) โดยผ่านเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V หรือ ICD10
3. ผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทย ตามปกติได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยมีอาการทางจิตไม่สงบ
4. มีอาการทางจิตสงบ โดยได้รับการประเมินจากแพทย์

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ได้แก่ ชัก ประวัติโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke)
2. ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น ไม่สามารถเดินได้เอง
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะที่ทำให้หมดสติ ได้แก่ cerebral concussion หรือ Traumatic brain injury
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมเป็นโรคติดสุรา (Alcohol dependence) โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ภาวะสับสน (delirium)
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ภายใน 2 เดือนก่อน

เกณฑ์การให้ยัติของกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครมีอาการทางจิตกำเริบขณะทำแบบทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญานกพร่อง

แบบประเมิน The Montreal cognitive Assessment (MoCA-Thai)¹² พัฒนาโดย Z. Nasreddine และแปลเป็นภาษาไทยโดยแพทย์หญิงโสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ เป็นเครื่องมือประเมินการรู้คิดหลายด้าน มีค่า sensitivity 0.7 และ specificity 0.95 พร้อมค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.744 กำหนดคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยใช้จุดตัดที่น้อยกว่า 25 คะแนนเพื่อคัดกรองภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด และเพิ่มคะแนน 1 คะแนนในผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี การทดสอบดำเนินการโดยผู้วิจัยอ่านคำถามให้อาสาสมัครตอบ ทั้งนี้ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่ม cognitive impairment ส่วนผู้ที่ได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว

1) แบบทดสอบการทรงตัวด้วยวิธี berg

balance scale¹³ เป็นเครื่องมือประเมินความสมดุลในผู้สูงอายุและผู้ป่วยระบบประสาท มีค่า sensitivity ถึงร้อยละ 91 ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อการล้ม โดยการแปลผล¹⁴คือ คะแนน 41-56 คะแนน เสี่ยงต่ำ, 21-40 คะแนน เสี่ยงปานกลาง และ 0-20 คะแนน เสี่ยงสูง

2) แบบทดสอบการทรงตัวด้วยวิธี Time up and go test^{13, 15} ใช้ประเมินการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว เพื่อบ่งชี้ความสามารถในการควบคุมสมดุลของร่างกาย โดยแปลผลจากระยะเวลาที่ใช้¹⁶คือ น้อยกว่า 20 วินาที เสี่ยงต่อการล้มต่ำ, 20-30 วินาที เสี่ยงปานกลาง และมากกว่า 30 วินาที เสี่ยงสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน
2. สถิติไคสแควร์ และ Fisher's exact test เพื่อดูปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้ม และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
3. สถิติการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เลขใบรับรองที่ 003/2564 วันที่ 13 มกราคม 2566 ซึ่งอาสาสมัครจะได้รับการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยจากผู้วิจัย รวมถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจ

เกิดขึ้นจากการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ ในกรณีที่เข้าร่วมการวิจัย อาสาสมัคร จะได้รับการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถระบุเจาะจงไปที่คนใดคนหนึ่งได้

ผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	61	46.6
หญิง	70	53.4
อายุ (min = 60 ปี, max = 86 ปี, median(IQR) = 65(6) ปี)		
60 - 70 ปี	113	86.3
71 – 80 ปี	16	12.2
81 ปีขึ้นไป	2	1.5
สถานภาพ		
โสด	58	44.3
หม้าย/หย่า/แยก	29	22.1
สมรส	44	33.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ศึกษา	7	5.3
ประถมศึกษา	38	29.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	29.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19	14.5
อนุปริญญา/ปวศ.	3	2.3
ปริญญาตรี	22	16.8
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.1
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	54	41.2
ไม่เพียงพอ	77	58.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
รายได้		
น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท	100	76.3
5,001 – 10,000 บาท	14	10.7
10,001 ขึ้นไป	17	13.0
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	119	90.8
สูบบุหรี่	12	9.2
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	126	96.2
ดื่มสุรา	5	3.8
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	87	66.4
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	19	14.5
ออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์	25	19.1
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5 (ผอม)	13	9.9
18.5-22.9 (ปกติ)	46	35.1
23-24.9 (น้ำหนักเกิน)	28	21.4
25-25.9 (อ้วน ระดับที่ 1)	33	25.2
มากกว่าเท่ากับ 30 (อ้วน ระดับที่ 2)	11	8.4
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	52	39.7
มี (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	79	60.3
โรคความดันโลหิต	53	41.4
โรคไขมันในเลือดสูง	27	21.1
โรคเบาหวาน	37	28.9
โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	8	6.3
โรคหัวใจ	2	1.6
อื่นๆ	1	0.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
ระยะเวลาเจ็บป่วย (min = 1 ปี, max = 46 ปี, median(IQR)= 17(12)ปี)		
1 - 10 ปี	24	18.3
11 – 20 ปี	56	42.7
21 – 30 ปี	44	33.6
ตั้งแต่ 31 ปี	7	5.3
ยาทางจิตเวชที่ได้รับ (ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด)		
ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic)*		
Typical		
Perphenazine	48	13.4
Haloperidol	32	8.9
Chlorpromazine	10	2.8
Flupentixol	6	1.7
Atypical		
Clozapine	16	4.5
Risperidone	33	9.2
Quetiapine	4	1.1
Olanzapine	4	1.1
ยาด้านเศร้า (Antidepressant)		
Amitriptyline	3	0.8
Nortriptyline	6	1.7
Sertraline	10	2.8
Fluoxetine	3	0.8
Venlafaxine	1	0.3
Trazodone	13	3.6
ยากลยักรังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative)		
Diazepam	20	5.6
Lorazepam	21	5.9
Clonazepam	21	5.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
ยาที่ใช้ลดผลข้างเคียงของยาโรคทางจิตเวช		
Trihexyphenidyl	80	22.3
Propranolol	8	2.2
Diphenhydramine	19	5.3
พุทธรูปปัญหา		
พุทธรูปปัญหาปกติ	32	24.4
พุทธรูปปัญญาบกพร่อง	99	75.6

จากตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 86.0 และมีค่ากลางของอายุเป็น 65 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 44.3 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและประถมศึกษา โดยส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 76.3 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 58.8 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.8 และ 96.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.4 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 35.1 และมีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 60.3 โดย 3 ลำดับโรคแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และไขข้ออักเสบ ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีค่ากลางของระยะเวลาการเจ็บป่วย 17 ปี และได้รับยาทางจิตเวช ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถได้รับยาทางจิตเวชมากกว่า 1 ชนิด ประกอบไปด้วยกลุ่มยาดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาโรคจิต (Antipsychotic) ในกลุ่ม Typical ส่วนใหญ่เป็นยา Perphenazine ร้อยละ 13.4 รองลงมา คือ Haloperidol ร้อยละ 8.9 ยาในกลุ่ม Atypical ส่วนใหญ่ คือ ยา Risperidone ร้อยละ 9.2 รองลงมา คือ Clozapine ร้อยละ 4.5

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาด้านเศร้า (Antidepressant) ส่วนใหญ่ คือ ยา Trazodone ร้อยละ 3.6 รองลงมา คือ Sertraline ร้อยละ 2.8

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาลดความวิตกกังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative) ส่วนใหญ่ คือ Lorazepam และ Clonazepam ร้อยละ 5.9

- กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาลดผลข้างเคียงของยาโรคทางจิตเวช ส่วนใหญ่ คือ Trihexyphenidyl ร้อยละ 22.3 รองลงมา คือ Diphenhydramine ร้อยละ 5.3

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาพุทธรูปปัญญาบกพร่อง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 75.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการล้มและการทรงตัว

จากตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.4 มีประวัติการล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี โดยพบว่า มี

จำนวนครั้งของการล้มใน 1 ปี มากที่สุด คือ 5 ครั้ง และเมื่อประเมินการทรงตัวด้วย Berg balance test พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงล้มปานกลาง ร้อยละ 54.2 และเมื่อประเมินด้วย Time up and go test พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงล้มต่ำ ร้อยละ 87.8

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลการล้ม (n=131)

การล้ม	จำนวน (n=131)	ร้อยละ
การล้มใน 1 ปี		
ไม่ล้ม	65	49.6
ล้ม	66	50.4
จำนวนครั้งการล้ม (min = 0 ครั้ง, max = 5 ครั้ง)		
1-2 ครั้งต่อปี	53	40.5
Berg balance test	12	9.2
Total score (min = 24 คะแนน, max = 56 คะแนน median (IQR) = 40(11))		
เสี่ยงล้มต่ำ	60	45.8
เสี่ยงล้มปานกลาง	71	54.2
เสี่ยงล้มสูง	-	-
Time up and go test		
Total time (min =7 วินาที, max =25 วินาที mean±SD= 14.43±3.9)		
เสี่ยงล้มต่ำ	115	87.8
เสี่ยงล้มปานกลาง	16	12.2
เสี่ยงล้มสูง	-	-

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้ม คือ การออก

กำลังกาย ($p < 0.05$) อีกทั้งพบว่าการใช้ยา chlorpromazine และ Diazepam มีความสัมพันธ์กับการล้ม ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	31	47.7	30	45.5	0.797
หญิง	34	52.3	36	54.5	
สถานภาพ					
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	42	64.6	45	68.2	0.666
สมรส	23	35.4	21	31.8	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	49	76.6	55	83.3	0.336
ตั้งแต่ปริญญาตรี	15	23.4	11	16.7	
ความเพียงพอของรายได้					
ไม่เพียงพอ	36	55.4	41	62.1	0.434
เพียงพอ	29	44.6	25	37.9	
ประวัติการสูบบุหรี่					
ไม่สูบบุหรี่	59	90.8	60	90.9	0.978
สูบบุหรี่	6	9.2	6	9.1	
ประวัติการดื่มสุรา					
ไม่ดื่มสุรา	64	98.5	62	93.9	0.365 ^a
ดื่มสุรา	1	1.5	4	6.1	
ประวัติการออกกำลังกาย					
ไม่ออกกำลังกาย	39	60.0	58	72.7	0.011*
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	7	10.8	12	18.2	
ออกกำลังกาย 5-7 วัน/สัปดาห์	19	29.2	6	9.1	
ดัชนีมวลกาย					
ผอม	5	7.7	8	12.1	0.680
ปกติ	24	36.9	22	33.3	
น้ำหนักเกิน/อ้วนระดับ1/ระดับ2	36	55.4	36	54.5	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher 'Exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาเจ็บป่วย					
1-10 ปี	12	18.5	12	18.2	0.959
11-20 ปี	27	41.5	29	43.9	
ตั้งแต่ 21 ปี	26	40	25	37.9	
โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	28	43.1	24	36.4	0.432
มี	37	56.9	42.0	63.6	
ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic)					
Typical					
Perphenazine					
ไม่ใช้	44	67.7	39	59.1	0.307
ใช้	21	32.3	27	40.9	
Haloperidol					
ไม่ใช้	50	76.9	49	74.2	0.721
ใช้	15	23.1	17	25.8	
Chlorpromazine					
ไม่ใช้	64	98.5	57	86.4	0.017* ^a
ใช้	1	1.5	9	13.6	
Flupentixol					
ไม่ใช้	60	92.3	65	98.5	0.115 ^a
ใช้	5	7.7	1	1.5	
Atypical					
Clozapine					
ไม่ใช้	55	84.6	60	90.9	0.271
ใช้	10	15.4	6	9.1	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher's Exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Risperidone					
ไม่ใช้	45	69.2	53	80.3	0.144
ใช้	20	30.8	13	19.7	
Quetiapine					
ไม่ใช้	64	98.5	63	95.5	0.619 ^a
ใช้	1	1.5	3	4.5	
Olanzapine					
ไม่ใช้	64	98.5	63	95.5	0.619 ^a
ใช้	1	1.5	3	4.5	
ยาด้านเศร้า (Antidepressant)					
Amitriptyline					
ไม่ใช้	63	96.9	65	98.5	0.619 ^a
ใช้	2	3.1	1	1.5	
Nortriptyline					
ไม่ใช้	62	95.4	63	95.5	1.000 ^a
ใช้	3	4.6	3	4.5	
Sertraline					
ไม่ใช้	59	90.8	62	93.9	0.531 ^a
ใช้	6	9.2	4	6.1	
Fluoxetine					
ไม่ใช้	64	98.5	64	97.0	1.000 ^a
ใช้	1	1.5	2	3.0	
Venlafaxine					
ไม่ใช้	65	100	65	98.5	1.000 ^a
ใช้	0	0	1	1.5	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher 'Exact test

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n= 131 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Trazodone					
ไม่ใช้	60	92.3	58	87.9	0.397
ใช้	5	7.7	8	12.1	
ยาคลายกังวล ยานอนหลับ ยาทำให้สงบ (Anxiolytic Hypnotic Sedative)					
Diazepam					
ไม่ใช้	63	96.9	48	72.7	0.00**
ใช้	2	3.1	18	27.3	
Lorazepam					
ไม่ใช้	52	80.0	58	87.9	0.219
ใช้	13	20.0	8	12.1	
Clonazepam					
ไม่ใช้	58	89.2	52	78.8	0.103
ใช้	7	10.8	14	21.2	
ยาที่ใช้ลดผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช					
Trihexyphenidyl					
ไม่ใช้	28	43.1	23	34.8	0.334
ใช้	37	56.9	43	65.2	
Propranolol					
ไม่ใช้	61	93.8	62	93.9	1.000 ^a
ใช้	4	6.2	4	6.1	
Diphenhydramine					
ไม่ใช้	56	86.2	56	84.8	0.832
ใช้	9	9.4	10	15.2	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ ^a Fisher's Exact test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพุทธิปัญญา ความสามารถในการทรงตัวเมื่อประเมินด้วย Berg balance test และ Time up and go test กับการล้ม (n= 131คน)

ระดับพุทธิปัญญา	การล้ม				P - value
	ไม่ล้ม		ล้ม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
พุทธิปัญญา					
พุทธิปัญญาปกติ	28	43.1	4	6.1	<0.001*
พุทธิปัญญาบกพร่อง	37	56.9	62	93.9	
Berg balance test					
เสี่ยงล้มต่ำ	43	71.7	15	23.4	<0.001*
เสี่ยงล้มปานกลาง	17	28.3	49	76.6	
Time up and go test					
เสี่ยงล้มต่ำ	62	95.4	53	80.3	0.008*
เสี่ยงล้มปานกลาง	3	4.6	13	19.7	

จากตารางที่ 4 ซึ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพุทธิปัญญา ความสามารถในการทรงตัวที่ประเมินด้วย Berg Balance Test และ Time Up and Go Test กับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่า ระดับพุทธิปัญญา มีความสัมพันธ์กับการล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ผลการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Berg Balance Test และ Time Up and Go Test ยังพบว่ามี ความสัมพันธ์กับประวัติการล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว พบว่า การใช้ยา Diazepam เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มเท่ากับ 9.05 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้ และพบว่าความสามารถในการทรงตัว เมื่อประเมินด้วย Berg balance ที่ความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มเท่ากับ 6.19 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงล้มระดับต่ำ อีกทั้งพบว่าระดับพุทธิปัญญาบกพร่องเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มเท่ากับ 9.48 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มิมีพุทธิปัญญาปกติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ปัจจัยที่ศึกษา ^a	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	3.89(1.41,10.70)	1.91(0.45,8.09)
ออกกำลังกาย 1-4 วัน/สัปดาห์	5.42(1.46,20.08)	3.82(0.67,21.60)
ออกกำลังกายทุกวัน	1	1
Chlorpromazine		
ไม่ใช้	1	1
ใช้ยา	4.97(1.03,23.99)	8.22(0.78,86.73)
Diazepam		
ไม่ใช้	1	1
ใช้ยา	11.81(2.61,53.38)	9.05(1.68,48.65)
ระดับพุทธรูปัญญา		
พุทธรูปัญญาปกติ	1	1
พุทธรูปัญญาบกพร่อง	11.73(3.81,36.09)	9.48(2.61,34.38)
Berg balance test		
เสี่ยงต่ำ	1	1
เสี่ยงล้มปานกลาง	7.65(3.50,16.69)	6.19(2.34,16.33)
Time up and go test		
เสี่ยงต่ำ	1	1
เสี่ยงล้มปานกลาง	5.0(1.37,18.74)	3.21(0.68,15.05)

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

อภิปราย

1. ความชุกของการล้ม จากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ร้อยละ 50.4 แตกต่างจากการศึกษาของอริสรา บุญรักษา¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอกุ๊กขาว จังหวัดพะเยา

พบว่าการหกล้มของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 26.0 และแตกต่างจากการศึกษาของดราวรรณ ร่องเมืองและคณะ¹⁸ ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์การหกล้มในรอบปี

ที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 26.20 ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันซึ่งการศึกษาข้างต้นนั้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป แต่การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพุทธิปัญญาบกพร่อง¹⁹ และมีการใช้ยาทางจิตเวช เช่น ยาต้านโรคจิต ยาคลายกังวล เป็นต้น โดยพุทธิปัญญาบกพร่องและการใช้ยาทางจิตเวช²⁰ นั้นส่งผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ จึงทำให้มีความชุกของการล้มสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาปิ คือ การใช้ยา Diazepam การมีความเสี่ยงล้มระดับปานกลาง เมื่อประเมินด้วย Berg balance test และพุทธิปัญญบกพร่อง

การใช้ยา Diazepam ซึ่งเป็นยาคลายกังวลในกลุ่ม Benzodiazepine มีความเกี่ยวข้องกับการล้ม โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Huang. et al²¹ ที่ศึกษาการประเมินความเสี่ยงในการล้มของผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ยานอนหลับ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศน พลฤทธิ²² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดราชบุรี พบว่า การใช้ยานอนหลับ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ

Ha Vt .et al²³ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มในผู้สูงอายุที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก ประเทศเวียดนาม พบว่า การใช้ยาทางจิตเวชเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มในผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Souchet E. et al²⁰ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยากับการล้ม พบว่า การได้รับยาในกลุ่ม Benzodiazepine มีความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุถึง 4.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา อีกทั้งจากรายงานปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกปี 2004²⁴ พบว่า การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุ ร้อยละ 44 ซึ่งสอดคล้องกับ Beers Criteria 2023²⁵ ยากลุ่มดังกล่าวจัดเป็นยาที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยยาออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system; CNS) และมีระยะเวลาออกฤทธิ์ยาวนาน ส่งผลให้เกิดอาการง่วงซึม เวียนศีรษะและทำให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง การตอบสนองช้าลง^{26, 27} ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

ความเสี่ยงล้มระดับปานกลางเมื่อประเมินด้วย Berg balance test พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shi J. et al²⁸ ที่ศึกษาอุบัติเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องสำหรับการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของกรุงปักกิ่ง พบว่าความบกพร่องของการทรงตัวแบบคงที่ (static balance) เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ถึง 2.48 เท่า นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจารุภา เลขทิพย์ และคณะ²⁹ ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าความบกพร่องของการทรงตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการหกล้มในผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวปกติ ทั้งนี้ Berg Balance Test เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในการประเมินการทรงตัวและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมการประเมินการทรงตัวทั้งแบบคงที่และแบบเคลื่อนไหวผ่านกิจกรรมที่ใกล้เคียงกับการดำเนินชีวิตประจำวัน^{30,31,32} ความสามารถในการทรงตัวที่ลดลงสะท้อนถึงประสิทธิภาพการทำงานของระบบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมท่าทางและการเคลื่อนไหวที่บกพร่อง ทั้งระบบประสาทระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงระบบรับรู้ความรู้สึก (sensory system)^{11,33} ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรักษาสถิตร่างกายและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมลดลง จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียการทรงตัวและการล้ม

พุทธิปัญญาบกพร่อง พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับการล้ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาเทียมวงศ์ และคณะ³⁴ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต่อการเกิดล้ม ความจำบกพร่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Muir SW. et al.³⁵ ที่ศึกษาบทบาทของพุทธิปัญญาบกพร่องต่อความเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุ: การทบทวนอย่างเป็น

ระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่าพุทธิปัญญาบกพร่องมีความสัมพันธ์กับการล้ม และสอดคล้องกับการศึกษา Quach LT. et al.³⁶ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคม ความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อย และการล้มของผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของระบบประสาทที่เกิดขึ้นตามวัย ได้แก่ การสะสมของโปรตีนผิดปกติ เช่น amyloid β ($A\beta$) และ tau protein การลดลงของ synaptic plasticity รวมถึงความผิดปกติของการควบคุมสมดุลแคลเซียมภายในเซลล์ประสาท ส่งผลให้เซลล์ประสาทเสื่อมและการทำงานของสมองด้านการรู้คิดลดลง³⁷ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ ประมวลผลข้อมูล การตัดสินใจ และการทำงานด้านบริหารจัดการ (executive function) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมระหว่างการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องยังมีความสัมพันธ์กับการฝ่อลีบของสมองในบริเวณ medial temporal lobe, frontal lobe และ parietal lobe ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำระยะสั้น การรับรู้เชิงพื้นที่ และการวางแผนการเคลื่อนไหว เมื่อความสามารถดังกล่าวลดลง ผู้สูงอายุอาจประเมินสภาพแวดล้อมได้ไม่เหมาะสม ตอบสนองต่อสิ่งกีดขวางหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ช้าลงและมีประสิทธิภาพในการควบคุมการทรงตัว

ลดลง ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น³⁸ ดังนั้น ภาวะพุทธรูปปัญญาบกร่องจึงไม่เพียงสะท้อนถึงการเสื่อมของสมองเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการรักษาสมดุลของร่างกาย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงไปสู่การเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้ยา Diazepam ความบกพร่องด้านการทรงตัว และภาวะพุทธรูปปัญญาบกร่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ดังนั้น การประเมินปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการคัดกรองผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ รวมถึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

สรุป

ความชุกของการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา คิดเป็นร้อยละ 50.4 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้ม คือ การใช้ยา Diazepam และระดับความเสี่ยงล้มปานกลาง เมื่อประเมินด้วย Berg balance test และพุทธรูปปัญญาบกร่อง ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ซึ่งอาจมีข้อมูลบางประการที่ยังไม่ครบถ้วนครอบคลุมปัจจัยทั้งหมด จึงควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวัน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในด้านแสงสว่างภายในบ้าน เป็นต้น และควรศึกษาในรูปแบบของการติดตามไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอย่างครอบคลุม และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุช พรหมภักดิ์. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.
2. เอกชัย เพียรศรีวัชร, วิมล บ้านพวน. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556. นนทบุรี: สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2556.
3. WHO. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Salari N, Darvishi N, Ahmadipناه M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res 2022;17(1):334.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.

6. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิปไตย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2558.
7. นันทวัช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันท์เวช, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประชุมสาค์ไทย; 2558.
8. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4(4):295-301.
9. Stubbs B, Gaughran F, Mitchell AJ, De Hert M, Farmer R, Soundy A, et al. Schizophrenia and the risk of fractures: a systematic review and comparative meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37(2):126-33.
10. Usher K, Foster K, Park T. The metabolic syndrome and schizophrenia: the latest evidence and nursing guidelines for management. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(6):730-4.
11. สุทธิญา จงศิริยรรยง, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2560.
12. Tangwongchai S, Chareernboon T, Phanasathit M, Likitnukul A, Hemrungron S, Phanthumchinda K, et al. The validity of Thai version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol* 2009;3(3):172-9.
13. สมนึก กุสธิตพร. กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ทเพรส; 2549.
14. Berg KO. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can* 1989;41(6):304-11.
15. สายธิดา ลาภอนันตสิน, ไพจิตรดา พรหมวิชัย, วินัส ฉายแก้ว, อัจฉราภรณ์ บิดา. การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายแบบกลุ่มเพื่อฝึกการทรงตัวสำหรับผู้สูงอายุไทยเพศหญิง. *วารสารกายภาพบำบัด* 2011;33(1):78-88.
16. ชูติมา ชลาชนเดชะ. กัดกรองการล้มด้วย Timed Up and Go Test. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด* 2014;26(1):5-16.
17. อริสรา บุญรักษา. ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอกุฏามยาว จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
18. ดาราวรรณ รองเมือง, จีราพร ทองดี, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จิตติยา สมบัติบุญ. อุปนิสัยของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี* 2559;27(2):123-38.
19. Liu G, Zhang X, Huo X, Li W. Prevalence, influencing factors, and clinical characteristics of cognitive impairment in elderly patients with schizophrenia. *Front Psychiatry* 2022; 13:910814.
20. Souchet E, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL. Drug related falls: a study in the French Pharmacovigilance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005;14(1):11-6.
21. Huang HC, Gau ML, Lin WC, George K. Assessing risk of falling in older adults. *Public Health Nurs* 2003;20(5):399-411.
22. ทศนั พลฤทธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง* 2541;13(4):27-37.
23. Ha VT, Nguyen TN, Nguyen TX, Nguyen HTT, Nguyen TTH, Nguyen AT, et al. Prevalence and factors associated with falls among older outpatients. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(8):4041.
24. Todd C, Skelton D. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.

25. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2023 Jul;71(7):2052-208
26. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2549.
27. ทานชน บุญลือ. Pharmacotherapy of psychiatric disorders. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
28. Shi J, Zhou BY, Tao YK, Yu PL, Zhang CF, Qin ZH, et al. Incidence and associated factors for single and recurrent falls among the elderly in an urban community of Beijing. *Biomed Environ Sci* 2014;27(2):939-51.
29. จารุภา เลขทิพย์, ชีระ วรธนารัตน์, ศักรินทร์ ภูพานิล, สราวุธ ลาภมณีย์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ. *J Med Health Sci* 2019;26(1):85-103.
30. Neuls PD, Clark TL, Van Heuklon NC, Proctor JE, Kilker BJ, Bieber ME, et al. Usefulness of the Berg Balance Scale to predict falls in the elderly. *J Geriatr Phys Ther* 2011;34(1):3-10.
31. Dadgari A, Hamid TA, Hakim MN, Chaman R, Mousavi SA, Hin LP, et al. Accuracy of Berg balance scale to predict falls among community elderly dwellers. *Nurs Pract Today* 2015;2(1):10-8.
32. Bogle Thorbahn LD, Newton RA. Use of the Berg Balance Test to predict falls in elderly persons. *Phys Ther* 1996;76(6):576-83.
33. Horak FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age Ageing* 2006; 35(Suppl 2): ii7-11
34. ลัดดา เทียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2544;2(2):46-52.
35. Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2012;41(3):299-308.
36. Quach LT, Ward RE, Pedersen MM, Leveille SG, Grande L, Gagnon DR, et al. The association between social engagement, mild cognitive impairment, and falls among older primary care patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2019;100(8):1499-505.
37. ธัญชนก จิตศิริส, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดในผู้สูงอายุ. ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี. กรุงเทพฯ:สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: ภาพพิมพ์; 2562.
38. Huang S, Zhou X, Liu Y, Luo J, Lv Z, Shang P, et al. High fall risk associated with memory deficit and brain lobes atrophy among elderly with amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Front Neurosci* 2022; 16:896437.