

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุจักษุกรรม  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

**The Prevalence and Factors Related to Geriatric Syndromes  
among Ophthalmic Older Patients at Mettapracharak Hospital  
(Wat Raikhing)**

ภีรดา นาวิจิตร, พย.บ., Peerada Navyvichit, B.N.S.<sup>1\*</sup>

นงพิมล นิมิตรอรานันท์, ส.ด., Nongpimol Nimit-arnun, Dr.P.H.<sup>2</sup>

ศศิธร รุจนเวช, Ph.D., Sasithorn Roojanaveth, Ph.D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

<sup>1</sup>Student in Master of Adult and Gerontological Nursing Program, Christian University

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

<sup>2</sup>Associate Professor, Ph.D., College of Nursing, Christian University

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

<sup>3</sup>Assistant Professor, Ph.D., College of Nursing, Christian University

\*Corresponding Author Email: Leo-peer33@hotmail.com

Received: December 30, 2023

Revised: April 2, 2024

Accepted: May 28, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มอาการสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 120 ราย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุแบบครอบคลุม 3 มิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าสหสัมพันธ์เชิงอันดับ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.80) มีโรคประจำตัวและมีการใช้ยาหลายขนาน อายุเฉลี่ย 69.93 ปี ( $\bar{X}$  = 69.93, SD = 6.55) ความชุกกลุ่มอาการสูงอายุ ที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการโรคข้อเข่าเสื่อม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และการทรงตัวไม่ดี พบอาการในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 60-69 ปี ปัจจัยเพศ มีความสัมพันธ์กับการทรงตัวไม่ดี ( $r_s$  = .29) อายุมีความสัมพันธ์กับการทรงตัวไม่ดี การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และอาการโรคข้อเข่าเสื่อม ( $r_s$  = .27, .24, -.18 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .05) ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ควรได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างแม่นยำและครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อนำมาใช้วางแผนการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** ความชุก กลุ่มอาการสูงอายุ การประเมินกลุ่มอาการสูงอายุแบบครอบคลุม ผู้ป่วยสูงอายุ

## Abstract

This correlational study aimed to describe the prevalence of geriatric syndrome, and analyze the relationship between personal factors and geriatric syndrome. The sample group was 120 older patients, using services at the outpatient department. The instrument for data collection consisted of a personal information interview guide and comprehensive geriatric assessment tools, including 3 domains (9 aspects of geriatric syndrome). Those tools were ready-approved quality through content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman Rank Correlation Coefficient statistics. The results showed that most of the sample were female (55.80%) with multi-morbidities and polypharmacy, with average years 69.93 ( $\bar{X} = 69.93$ ,  $SD = 6.55$ ). The top 3 symptoms included knee osteoarthritis, urinary incontinence and instability/fall risk. Those presented among female than male, in 60-69 years old. Gender was associated with instability significantly ( $r_s = .293$ ). Age was associated significantly with instability, urinary incontinence, and knee osteoarthritis ( $r_s = .276$ ;  $r_s = .245$ ;  $r_s = -.182$ ) ( $p\text{-value} = .05$ ). Professional nurses in the area of geriatrics should receive training in developing the use of tools to assess the health of the elderly with accuracy while ensuring that all dimensions of health are 3 covered in order to use them in planning the provision of quality clinical services for the elderly.

**Keywords:** Prevalence, Geriatric syndrome, Comprehensive geriatric assessment, Older patients

## บทนำ

การเพิ่มประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การสหประชาชาติ และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ได้กำหนดกลยุทธ์ “พุดมพลัง” (Active aging) โดยเน้นแผนปฏิบัติการ 4 แผนหลัก ประกอบด้วย การเปลี่ยนมุมมองและการรับรู้ต่อประชากรสูงอายุ โดยให้มองว่า

ผู้สูงอายุคือทรัพยากรมีค่าของสังคม สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน บูรณาการให้บริการสุขภาพ เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางโดยใช้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นฐานในการดูแล จัดบริการการดูแลในระยะยาว (long term care) และส่งเสริมการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ทุกกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมและบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมักจะพบปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่สามารถเรียกได้ว่าเป็นกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อนและสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิ ความชราภาพของร่างกาย ผลข้างเคียงจากยาต่างๆ และ ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ส่งผลต่อสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถดถอยลง ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยได้มากกว่าคนกลุ่มอื่นๆ เป็นลักษณะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Comprehensive geriatric assessment) ถือเป็นหัวใจพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลภาวะการเจ็บป่วย การชะลอความรุนแรงของภาวะเหล่านั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561) ปาร์คเกอร์ และ คณะ (Parker et al., 2018) เสนอว่า องค์ประกอบการประเมินปัญหา กลุ่มอาการสูงอายุควรครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพกายและสมรรถนะทางกาย (Physical and functional health) 2) สุขภาพจิตและการรู้คิด (Psychological health and cognitive) และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environment) กลุ่มนักวิชาการสมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สหราชอาณาจักร (ปทุมพร สุรอรุณสัมฤทธิ์ และวารลักษณ์ ศรีรินทร์ประเสริฐ, 2562; British Geriatric Society, 2015) เสนอองค์ประกอบการประเมินอย่างครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) กายภาพ (Physical assessment) 2) การทำหน้าที่ สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม (Functional, social and environmental assessment) 3) จิตใจ (Psychological assessment) และ 4) การทบทวน

การใช้ยา (Medication review) และเสนอว่าการประเมินอย่างครอบคลุมจะทำให้การวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ให้พิจารณาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสมกับบริบท สำหรับการพัฒนางานด้านความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุนั้น ฟูลเมอร์ (Fulmer, 2007) โบลซ์ (Boltz, Capezuti, Zwicker, & Fulmer, 2012) และ คาเปซิติ (Capezuti et al., 2012) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินฯ “SPICES” เพื่อประกอบการวางแผนจำหน่าย อย่างไรก็ตาม เมื่อนำไปประยุกต์ใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่าผู้สูงอายุที่จำหน่ายไปแล้วเมื่อกลับมารับบริการมักขาดการติดตามประเมินกลุ่มอาการเหล่านี้ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากระยะก่อนการจำหน่ายได้ ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับการประเมินและการรักษาตามกลุ่มโรคเรื้อรังเดิม อีกทั้งผลการประเมินดังกล่าวไม่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

จากการประเมินผลการดำเนินงานคลินิก สุขอายุคุณภาพของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) พบว่า ยังขาดฐานข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่ครอบคลุม กอปรกับมีผู้ป่วยสูงอายุจักษุกรรมมารับบริการเป็นจำนวนมาก รวมทั้งมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้รับบริการหลักของโรงพยาบาล ย่อมประสบปัญหา กลุ่มอาการสูงอายুর่วมกับปัญหาด้านจักษุกรรม นับเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ยากแก่การจัดการดูแลเพียงด้านใดด้านหนึ่ง อีกทั้งยังทำให้ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลและบริการระหว่างคลินิกจักษุกรรม และคลินิกผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุนับรวม และความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลที่คัดสรร เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการจัดบริการเพื่อการดูแลผู้รับบริการสูงอายุ ที่มีคุณภาพต่อไป

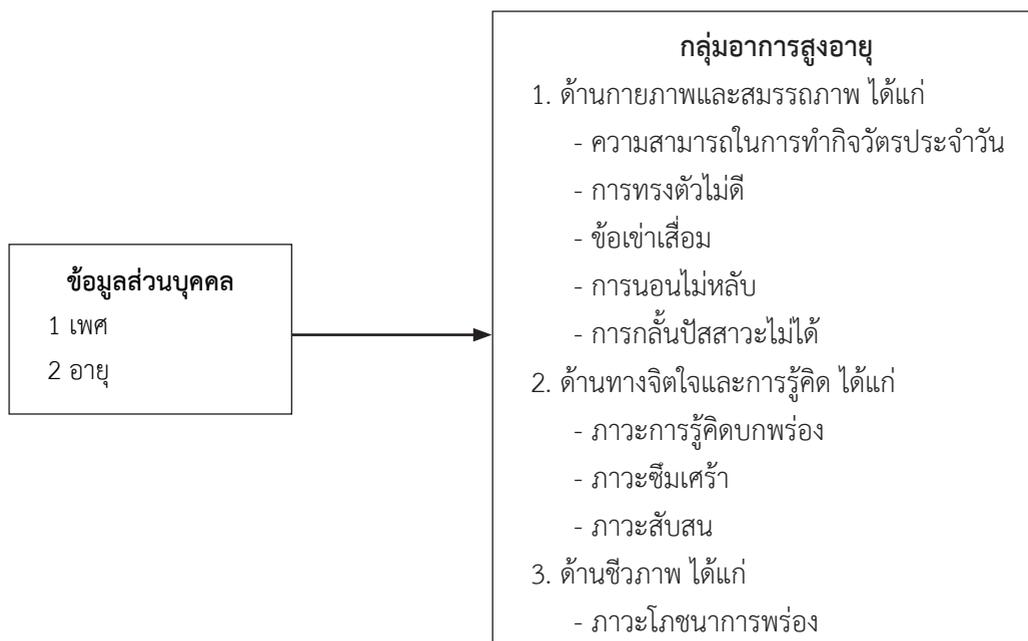
## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุจักษุกรรม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มอาการสูงอายุ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แบบจำลองการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุจากงานวิจัยที่ผ่านมา (Boltz et al., 2012; Capezuti et al., 2012; Fulmer, 2007) ที่อธิบายว่า พยาบาลเฉพาะทางและ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ (Advance practice nurses) ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีสมรรถนะการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงครอบคลุมกลุ่มอาการสูงอายุ สามารถคาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้อย่างแม่นยำนำไปสู่การวางแผนป้องกันการเกิดความรุนแรง และบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพของทีมสหวิชาชีพ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญนี้ เป็นบุคคลากรหลักในการจัดการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของข้อมูล และการจัดบริการที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวม สำหรับผู้สูงอายุป่วยด้านจักษุกรรมร่วมกับปัญหาบางประการของกลุ่มอาการสูงอายุ อันจะนำไป

สู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเลิศ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประชากรวัยสูงอายุที่เป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ อาทิ ความชราภาพของร่างกาย ผลข้างเคียงจากยาต่างๆ และ ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ส่งผลต่อสุขภาพและการดูแลตนเองที่ถดถอยลง ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้สามารถใช้หลักการประเมินปัญหา 9 ปัญหาอาการ ที่มีความครอบคลุมมิติต่างๆ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านกายภาพและสมรรถภาพ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) การทรงตัวไม่ดี และความเสี่ยงการหกล้ม (Balance problem and fall risk) ข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) การนอนไม่หลับ (Insomnia) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) 2) ด้านทางจิตใจ และการรู้คิด ได้แก่ การรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะสับสน (Confusion or delirium) และ 3) ด้านชีวภาพ ได้แก่ ภาวะโภชนาการพร่อง (Malnutrition) อนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยืนยันว่าปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ เพศ และอายุ) มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงสำรวจเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlational study) ศึกษาในประชากรผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จักษุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง เก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี มีสัญชาติไทย และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอนของการทดสอบประเมิน/การเก็บข้อมูล เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและหรือรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นลม มีอาการปวดรุนแรง/เฉียบพลันในบริเวณใด ๆ จำเป็นต้องสังเกตอาการผิดปกติหรือการช่วยเหลือเบื้องต้น 2) ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง

ต้องใช้รถเข็นนั่ง หรือเปลนอน อุปกรณ์พยุงช่วยเดิน 3) เป็นผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดวันแรก และได้รับการขยายม่านตาภายในระยะเวลา 4-6 ชั่วโมง วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา จำนวน 1,161 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการใช้หลักร้อยละ (Kerlinger, 1966) จึงได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 116 คน เพื่อความเหมาะสมกับประชากรที่สามารถมีจำนวนนับได้ และมีขนาดไม่มากเกินไป จึงได้ใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ 120 ราย

### 2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ โดยชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ชุดที่ 2

ชุดแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome assessment tools) ประกอบด้วย 1) ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้เครื่องมือ Barthel activities of daily living 2) การประเมินการทรงตัวไม่ดีและความเสี่ยงการหกล้ม ใช้เครื่องมือ Time up and go test 3) ประเมินข้อเข่าเสื่อม ใช้เครื่องมือ OXFORD Knee score 4) การประเมินสมรรถภาพการรู้คิด ใช้เครื่องมือ 6 Item cognitive impairment test Thai version 5) ประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้เครื่องมือ Thai geriatric depression scale 6) ประเมินภาวะสับสน ใช้เครื่องมือ The confusion assessment method 7) ประเมินการนอนไม่หลับ ใช้เครื่องมือ Insomnia severity index 8) ประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใช้เครื่องมือ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) และ 9) ประเมินภาวะโภชนาการพร่อง ใช้เครื่องมือ Mini nutritional assessment เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมในการนำไปใช้ และให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า เครื่องมือชุดนี้มีความเหมาะสม ได้ค่า CVI = 1.00 จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตร Cronbach alpha coefficient สำหรับแบบประเมิน ความรุนแรงอาการปวดเข่าและแบบประเมินการนอนไม่หลับ ( $\alpha = .93$ ;  $\alpha = .91$  ตามลำดับ) ส่วนแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน การทรงตัว อาการปวดเข่า สมรรถภาพการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และภาวะโภชนาการพร่อง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Inter-rater reliability โดยนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ จำนวน 10 ราย ( $r = 1$ )

### 3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากผู้วิจัยมีความรู้และประสบการณ์ในการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ จึงเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกรายโดยจัดเรียงลำดับชุดเครื่องมือให้สะดวกและประหยัดเวลา รวมทั้งจัดเตรียมสถานที่ (ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก) และอุปกรณ์การตรวจให้พร้อมใช้ หากมีญาติมาด้วยจะเชิญเข้าร่วมสังเกตการณ์ด้วย ใช้เวลาเฉลี่ยรายละ 30 นาที และเพื่อไม่ให้เกิดการเสียเวลาของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่พบแพทย์ในลำดับท้าย ๆ เพื่อไม่ให้มีผลกระทบกับลำดับการตรวจโดยไม่เจาะจงแพทย์ที่ตรวจหรือโรคที่ประจำตัว เมื่อประเมินครบทุกด้านแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน แล้วนำมาถ่ายรหัสบรรจุข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับทุกตัวแปร ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของตัวแปรด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) เนื่องจากผลทดสอบการแจกแจงของตัวแปรไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติค่าสัมพันธเชิงอันดับ (Spearman rank correlation coefficient)

### 5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนเลขที่ น. 32/2565 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2566 และการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เลขที่ COA014/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566

มีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล และญาติ ให้เข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขณะเก็บข้อมูลหากพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอาการอ่อนล้าหรือระบอบความไม่พร้อมใดๆ ในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลโดยทันทีพร้อมทั้งให้การดูแลตามกรณี เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอม ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยในวงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลล่วงหน้า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลต่อบริการการรักษาพยาบาลที่ได้รับ อนึ่ง การบันทึกข้อมูลจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลรวมทั้งผลการตรวจประเมินของผู้ให้ข้อมูล เอกสารและข้อมูลใดๆ จะถูกทำลายภายหลังได้รับการนำเสนอและเผยแพร่แล้ว การเผยแพร่ข้อมูลทำในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยคัดเลือกทุกคน ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผู้ใดถอนตัวจากกระบวนการวิจัย

## ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.80) อายุเฉลี่ย 69.93 ปี ( $\bar{X} = 69.93$ ,  $SD = 6.55$ ) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 92 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 4 โรค (ร้อยละ 25.80) และ 3 โรค (ร้อยละ 20.50) มีการใช้ยาประจำ 1 ชนิด (ร้อยละ 30.00) 2 ชนิด (ร้อยละ 25.00) 3 ชนิด (ร้อยละ 20.83) เท่ากับหรือมากกว่า 4 ชนิด (ร้อยละ 16.67) ตามลำดับ พักอาศัยในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 53.30) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.00) และเป็นข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 42.50)

เมื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ ด้านกายภาพ และสมรรถภาพ พบว่า 1) การทรงตัวไม่ดีและความเสี่ยงการหกล้ม มีความเสี่ยง 18 คน (ร้อยละ 15.00) ระยะเวลา

ทดสอบมากที่สุด 23.80 วินาที น้อยที่สุด 6.56 วินาที ระยะเวลาเฉลี่ย 10.26 วินาที ( $\bar{X} = 10.26$ ,  $SD = 2.52$ ) ผู้มีความเสี่ยงเป็นเพศชาย 6 คน (ร้อยละ 5.00) เพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 10.00) ช่วงอายุ 70-79 ปี 8 คน (ร้อยละ 6.66) 60-69 ปี 5 คน (ร้อยละ 4.16) และ 80 ปีขึ้นไป 5 คน (ร้อยละ 4.16) ตามลำดับ 2) ความรุนแรงอาการปวดเข้า/โรคข้อเข่าเสื่อม พบอาการผิดปกติ 33 คน (ร้อยละ 27.50) จำแนกเป็นผู้เริ่มมีอาการ 29 คน (ร้อยละ 24.20) มีอาการระดับปานกลาง 4 คน (ร้อยละ 3.30) เป็นเพศชาย 13 คน (ร้อยละ 10.83) เพศหญิง 20 คน (ร้อยละ 16.66) ช่วงอายุ 70-79 ปี 16 คน (ร้อยละ 13.33) 60-69 ปี 11 คน (ร้อยละ 9.16) และ 80 ปีขึ้นไป 6 คน (ร้อยละ 5.00) ตามลำดับ 3) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทุกรายไม่มีภาวะพึ่งพา (คะแนนมากกว่า 12 คะแนน ร้อยละ 100.00) 4) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหา 24 คน (ร้อยละ 20.00) เป็นเพศหญิง 13 คน (ร้อยละ 10.83) เพศชาย 11 คน (ร้อยละ 9.16) ช่วงอายุ 60-69 ปี 10 คน (ร้อยละ 8.33) 70-79 ปี 9 คน (ร้อยละ 7.50) และ 80 ปีขึ้นไป 2 คน (ร้อยละ 1.66) ตามลำดับ และ 5) ภาวะการนอนไม่หลับ พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการนอนไม่หลับเพียง 16 คน (ร้อยละ 13.40) ซึ่งมีปัญหาระดับน้อย 14 คน (ร้อยละ 11.70) ระดับปานกลาง 2 คน (ร้อยละ 1.70) เป็นเพศหญิงและเพศชาย กลุ่มละ 8 คน ช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี กลุ่มละ 7 คน (ร้อยละ 5.83) และ 80 ปีขึ้นไป 5 คน (ร้อยละ 4.16) ตามลำดับ

ความชุกด้านสมรรถนะทางจิตใจ และการรู้คิด พบว่า 1) สมรรถภาพการรู้คิด พบ 1 ราย (ร้อยละ 0.80) ที่อาจมีปัญหาในด้านนี้ เป็นเพศหญิง อายุ 68 ปี 2) ภาวะซึมเศร้า พบ 1 ราย (ร้อยละ 0.80) ที่อาจมีปัญหาในด้านนี้ เป็นเพศชาย อายุ 60 ปี และ 3) ภาวะสับสน พบ 2 คนที่อาจมีปัญหาในด้านนี้ (ร้อยละ 1.70) เป็นเพศหญิง อายุ 68 ปี

ความชุกด้านชีวภาพ ภาวะโภชนาการพร่อง พบว่า (ร้อยละ 1.66) และ 80 ปีขึ้นไป 1 คน (ร้อยละ 0.83) มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร 3 คน (ร้อยละ 2.50) และไม่พบผู้มีภาวะขาดสารอาหาร (ดังตารางที่ 1) เป็นเพศหญิงทั้ง 3 คน ช่วงอายุ 60-69 ปี 2 คน

ตารางที่ 1 ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (n = 120)

กลุ่มอาการสูงอายุ	เพศ				ช่วงอายุ (ปี)					
	ชาย (ราย)	ร้อยละ	หญิง (ราย)	ร้อยละ	60-69 (ปี)	ร้อยละ	70-79 (ปี)	ร้อยละ	80 ขึ้นไป (ปี)	ร้อยละ
1. การทรงตัวไม่ดี	6	5.00	12	10.00	5	4.16	8	6.66	5	4.16
2. ข้อเข่าเสื่อม	13	10.83	20	16.66	11	9.16	16	13.33	6	5
3. ความสามารถทำ กิจวัตรประจำวัน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้	11	9.16	13	10.83	10	8.33	9	7.50	5	4.16
5. ภาวะนอนไม่หลับ	8	6.66	8	6.66	7	5.83	7	5.83	2	1.66
6. ภาวะการรู้คิดบกพร่อง	-	-	1	0.83	1	0.83	-	-	-	-
7. ภาวะซึมเศร้า	1	0.83	-	-	1	0.83	-	-	-	-
8. ภาวะสับสน	-	-	2	1.66	2	1.66	-	-	-	-
9. ภาวะโภชนาการพร่อง	-	-	3	2.50	2	1.66	-	-	1	0.83

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุและปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ( $p < .01$ ) กับกลุ่มอาการการทรงตัวไม่ดี ( $r_s = .29, r_s = .36$  ตามลำดับ) อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบระดับน้อยกับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ( $r_s = -.29$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ( $r_s = .24$ ) ( $p < .05$ ) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลุ่มอาการสูงอายุ (n = 120)

กลุ่มอาการสูงอายุ	ปัจจัยส่วนบุคคล	
	เพศ (r <sub>s</sub> )	อายุ (r <sub>s</sub> )
<b>ด้านทางกายภาพและสมรรถภาพ</b>		
การทรงตัวไม่ดี	.29**	.36**
ข้อเข่าเสื่อม	-.03	-.29**
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	0.00	0.00
ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	-.01	.24**
ภาวะนอนไม่หลับ	-.05	.09
<b>ด้านจิตใจและการรู้คิด</b>		
ภาวะการรู้คิดบกพร่อง	.08	-.07
ภาวะซึมเศร้า	-.10	.07
ภาวะสับสน	-.11	.11
ด้านชีวภาพ: ภาวะพร่องโภชนาการ	.14	.00

\*\*p < .01

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการสำรวจความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ พบว่า มีเพียงน้อยราย ที่พบความผิดปกติ ได้แก่ ปัญหาการรู้คิดบกพร่องหรือสมรรถภาพการรู้คิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.83 ปัญหาภาวะซึมเศร้า 1 ราย คิดเป็นร้อยละ .83 ปัญหาภาวะสับสน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.67 ปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสถานที่ที่ใช้ในการเก็บกลุ่มตัวอย่างเป็นคลินิกจักษุ ที่นัดผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก 1 วันเพื่อมาติดตามการรักษา ซึ่งโดยปกติ ผู้สูงอายุที่ถูกคัดเลือกเพื่อผ่าตัดต่อกระจกและนัดให้มาพบแพทย์ในวันรุ่งขึ้นได้ ถึงแม้จะสูงอายุ แต่มักได้รับการประเมินจากแพทย์และทีมพยาบาลที่ดูแลก่อนผ่าตัดว่า แม้จะมีโรคเรื้อรังแต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี และมักไม่มีภาวะของกลุ่มอาการสูงอายุ ในทางตรงกันข้าม

มักเป็นผู้สูงอายุที่มีความตื่นตัว เข้าถึงบริการรักษาได้ดี จึงแทบไม่พบกลุ่มอาการสูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของ Ruiss, Pai, Pilwachs, Bayer, Palkovits, and Findl. (2024) พบว่าการติดตามผู้สูงอายุที่ได้รับหัตถการเช่นนี้ มักนิยมใช้การโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ และเน้นภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับแผลผ่าตัด อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะสุขภาพค่อนข้างดี มีผู้ดูแลใกล้ชิดเพื่อพามาตรวจกับแพทย์ได้ตามนัด

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะการทรงตัวไม่ดี และความเสี่ยงการหกล้ม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้นการสร้างฮอร์โมนที่จำเป็นมีการสร้างลดลงตามลำดับ ซึ่งมีผลต่อการสร้างเนื้อเยื่อที่หุ้มกระดูกและกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายที่บกพร่อง โดยจะ

พบมากในเพศหญิง ซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (การทดสอบโดยใช้เครื่องมือ Time up and go test >12 วินาที) ทั้งหมด 18 ราย เป็นเพศหญิง 12 ราย และ เพศชาย 6 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ถัดดา เลี่ยมวงศ์ และจอม สุวรรณโณ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชน ชนบท พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.7 และมีการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 24

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับ ภาวะการทรงตัวไม่ดี และความเสี่ยงการหกล้ม ทั้งนี้อาจ เป็นเพราะในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ทั้งหมด 12 ราย มีปัญหาด้านภาวะการทรงตัวไม่ดี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ ตอนกลาง 41 ราย มีปัญหาด้านภาวะการทรงตัวไม่ดี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 21 และในกลุ่มผู้สูงอายุ ตอนต้น 67 ราย มีปัญหาด้านภาวะการทรงตัวไม่ดี จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 9 ซึ่งจะเห็นได้ว่า สัดส่วน ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากลุ่มอายุที่มากขึ้นจะพบ ปัญหาด้านการทรงตัวที่มากขึ้นเช่นกัน และปัจจัยส่วน บุคคล ด้านอายุที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงอาการ ปวดเข่า เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นกระดูกมีน้ำหนัก ลดลงเพราะ น้ำไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อม มี แคลเซียมเกาะมากขึ้น การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการตึงแข็ง อักเสบและติดเชื้อง่าย ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ สมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ, พัชรินทร์ พุทธิรักษา, สุพิน สาลิกา, และวิไล คุปต์นิรติศัยกุลม (2560) ที่ได้ทำการศึกษาศามารถในการทรงตัว ของผู้สูงอายุ ในชุมชนอำเภออัมพวา พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ มีความสัมพันธ์กับการทรงตัวที่บกพร่อง โดยระบบ ประสาท เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ระบบประสาทและสมองจะ ทำงานช้าลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมองกับกล้ามเนื้อ และข้อเริ่มสูญเสีย ทำให้การทรงตัวไม่ดี เกิดจากเซลล์

ประสาทตายแล้ว ไม่มีการเกิดขึ้นใหม่อีก ทำให้ความจำ ลดลง ความสามารถการเรียนรู้ลดลง ปฏิบัติการตอบ สนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว ซ้ำไปด้วย และสัมพันธ์กับการศึกษาของ Khired et al. (2023) ที่ได้ศึกษาเรื่อง อาการปวดเข่า และอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิต และการทำงานของร่างกาย ผลการศึกษา พบว่า อายุที่มากขึ้นส่งผลโดยตรงกับอุบัติการณ์การเกิด ภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเห็นได้จากผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามี อาการของเข่าเสื่อมจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.5 โดยพบเริ่มมีอาการของภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย ร้อยละ 91 และมีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง จำนวน 3 ราย ร้อยละ 9 รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ได้ สอดคล้อง กับการศึกษาของ สมทรง จิระวรานันท์ และจุฬาลักษณ์ ใจแปง (2562) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุที่มีปัญหากล้ามเนื้อปัสสาวะ ไม่ได้มักจะพบได้บ่อยและสามารถพบได้มากขึ้นใน ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น จะมีความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายใน ระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะที่มีการใช้งาน มานานจะมีการทำงานที่แปรปรวนได้ฮอร์โมนที่ลดลง มีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การบีบรัด ของกล้ามเนื้อหูรูดไม่แข็งแรง การศึกษาแบบเป็นระบบ และการวิเคราะห์เมต้าของ Batmani, Mohammadi and Bokae (2021) พบว่า ผู้สูงอายุ 55-106 ปี มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพล มากที่สุดได้แก่อายุของเพศหญิง ( $p < .001$ ) จากกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษพบว่า มีผู้สูงอายุเพศหญิงที่สามารถ แบ่งตามช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 41 ราย พบว่า มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.90 ผู้สูงอายุตอนกลาง จำนวน 21 ราย มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.10 และผู้สูงอายุตอนปลาย จำนวน 7 ราย มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จำนวน 4 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 33.30 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศหญิงมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน การเจริญและความสมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ ต้องอาศัยฮอร์โมนเอสโตรเจน แต่ภายหลังจากการหมดประจำเดือน ฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง และปัจจัยเรื่อง การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร อาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินปัสสาวะและกล้ามเนื้อโดยรอบ เมื่อกลิ้มเนื้อที่รองรับระบบทางเดินปัสสาวะอ่อนแอ กล้ามเนื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจะต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อกลับปัสสาวะ จนกว่าจะพร้อมปัสสาวะซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดปัสสาวะเล็ดหรือรั่วไหลได้

## ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยน้อยมาก อาจเกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการการผ่าตัดได้จากโรงพยาบาล เฉพาะทาง แม้จะมีภาวะข้อเข่าเสื่อมตามวัย มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แต่ยังสามารถเดินทางเพื่อการตรวจวินิจฉัย การเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด และการเดินทางมาพบแพทย์หลังผ่าตัดได้ จึงไม่น่าเป็นกลุ่มประชากรที่ดีสำหรับการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เป็นโรคเรื้อรังที่คุมอาการไม่ได้คาดว่าจะพบความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุมากกว่านี้

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้มีความหลากหลาย พยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันพัฒนาเครื่องมือและแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับผู้รับบริการในแผนกต่าง ๆ ที่มี

ความเหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ

1.2 เนื่องจากยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ ควรตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกอบรมบุคลากรให้มีศักยภาพในการใช้ชุดเครื่องมือประเมินฯ ได้อย่างแม่นยำและครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อนำข้อมูลผลการประเมินมาเป็นฐานการวางแผนจัดบริการ “คลินิกผู้สูงอายุ” ที่มีคุณภาพ

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อยู่ไม่หลากหลายมากนัก จึงควรศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ อาทิ ดัชนีมวลกาย โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค รวมทั้งการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ช่วงอายุกว้างขึ้นและครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะแตกต่างหลากหลาย อาจทำให้พบความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุมากขึ้นอันจะสะท้อนเพื่อสถานการณ์ปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

2.2 ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการหรือชะลอความรุนแรงของกลุ่มอาการสูงอายุที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐาน (Evidence-based) โดยเฉพาะปัญหา/อาการที่ยังมีการศึกษาไม่แพร่หลาย อาทิ ปัญหาการนอนหลับ การกลั้นปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า ภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง

## เอกสารอ้างอิง

- ปทุมพร สุอรุณสัมฤทธิ์ และวาราลักษณ์ ศรีนนท์ ประเสริฐ. (2562). ความสามารถในการทำงานลดลงของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพญุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 18(2), 66-78.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น.

- ลัดดา เถียมวงศ์, และจอม สุวรรณโณ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 56-69.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). *พฤกษวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมพฤกษวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- สมทรง จิระวรรณันท์, และจุฬาลักษณ์ ใจแปง. (2562). ภาวะก้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 21(2), 77-87.
- สมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ, พัชรินทร์ พุทธิรักษา, สุพิน สาลีกา, และวิไล คุณัตน์นิติศัลยกุล. (2560). ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภออัมพวา. *วารสารกายภาพบำบัด*, 30(2), 53-61.
- Batmani, S., Mohammadi, M., & Bokae, S. (2021). Prevalence and factors related to urinary incontinence in older adults women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Geriatrics*, 21(212), 1-17. doi:10.1186/s12877-021-02135-8
- Boltz, M., Capezuti, E., Zwicker, D., & Fulmer, T. (2012). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Springer.
- British Geriatric Society. (2015). *Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners*. Retrieved from [https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2019-03-12/CGA%20Toolkit%20for%20Primary%20Care%20Practitioners\\_0.pdf](https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2019-03-12/CGA%20Toolkit%20for%20Primary%20Care%20Practitioners_0.pdf)
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., ... & Nigolian, C. (2012). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders—a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3117-3125. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES: A framework of six marker condition can help focus assessment of hospitalized older patients. *The American journal of nursing*, 107(10), 40-49.
- Kerlinger, F. N. (1966). *Foundation of Behavioral Research, Education and Psychological Inquiry*. New York: Holt Rine - Hartand Winstorn Inc.
- Khired, Z., Albeladi, F., Abudeyah, M., Alluli, M., Al Faqih, A., Suwavdi, A., & Salih, S. (2023). Knee pain and its influence on quality of life and physical function in Jazan adult population: A cross sectional study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 22, 1-6. doi:10.1016/j.cegh.2023.101346

- Parker, S. G., McCue, P., Phelps, K., McCleod, A., Arora, S., Nockels, K., ... & Conroy, S. (2018). What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. *Age and ageing*, 47(1), 149-155.
- Ruiss, M., Pai, V., Pilwachs, C., Bayer, N., Palkovits, S., & Findl, O. (2024). Quality assurance via telephone interviews after cataract surgery: An explorative study. *Plos one*, 19(3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298149>
- World Health Organization (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

