



ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ¹

SELECTED FACTORS RELATED TO FRAILTY OLDER PERSONS IN PUBLIC RESIDENTIAL HOME

ประกายมาศ เนตรจันทร์²

Prakaymas Netchan

รัตน์ศิริ ทาโต³

RatsiriThato

ศิริพันธุ์ สาสัตย์⁴

Siriphon Sasat

¹ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้รับทุนสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช)

และทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตของบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of this thesis, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

This research was funded by National research council of Thailand and Chulalongkorn University

²นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
Graduated student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

⁴รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

Author Email: nook_nick_@hotmail.com

Received: January 13, 2018

Revised: June 21, 2019

Accepted: June 22, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ตัวอย่างได้มาจากการเลือกตามสะดวกจากบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งหมด 3 แห่ง จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะเปราะบางที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .83, และ .80 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินภาวะเปราะบาง คำนวณค่าความเที่ยงด้วยการใช้ผู้ประเมินร่วม (inter-rater method) ได้ค่าเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 58.7 โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสเกิดภาวะ

เปราะบาง คิดเป็นร้อยละ 10 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางลดลงร้อยละ 5

คำสำคัญ : ภาวะเปราะบาง, บ้านพักคนชรา, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this descriptive study were to examine frailty and relationships between factors related to frailty which were age, gender, co-morbidity, depression, and social support in older persons living in public residential home in Bangkok Metropolis. The sample consisted of 150 people who were over 60 years old living in public residential home in Bangkok Metropolis. Data were collected using a personal information form, Thai Geriatric Depression, Social support questionnaire and Fried frail index. Their Cronbach's alpha coefficients were .80, .83, and .80, respectively. Fried frail index was examined for reliability using Inter-rater method. Its coefficient was .96. Mean, percentage, standard deviation, and binary logistic regression were used for data analysis.

Research finding were as follows: The prevalence of frailty in older person living in public residential home in Bangkok Metropolis was 58.7 percent. Age was positively and significantly related to frailty in older person living in public residential home in Bangkok Metropolis at the level of .05. When age increasing one year, there is a 10 percent chance for frailty. Social support was negatively and significantly related to frailty in older person living in public residential home in Bangkok Metropolis at the level of .05. By increasing one unit of social support, frailty in the elderly reduces 5 percent.

Keywords : frailty, public residential home, older person

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเปราะบาง (frailty) เป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการลดลงของพลังงานสำรอง (body reserve) และความสามารถในการตอบสนองของสิ่งกระตุ้นในร่างกาย (stressors) ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่ง Fried, Darer, and Walston (2003) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยาที่มีการลดลงของพลังงานสำรองของหลาย ๆ ระบบในร่างกายอย่างต่อเนื่อง พบมากตามอายุที่มากขึ้น ผู้ที่มีภาวะโรคร่วม (comorbid) มีความพิการและผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบภูมิคุ้มกันและต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ พลังงานในร่างกายลดลง

เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกมากระตุ้นทำให้เกิดผลเสียของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ ส่วนอาการที่มักพบในผู้ที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่อยากทำกิจกรรม รับประทานอาหารน้อยลง มีมวลกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia) มวลกระดูกลดลง การเดินผิดปกติ อาการทางคลินิกเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้

Fried et al. (2001) กล่าวว่า การประเมินภาวะเปราะบางจะต้องมีลักษณะอาการ 3 ใน 5 อย่างขึ้นไป ได้แก่ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัม หรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (unintentional

weight loss) 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 3) ความรู้สึกริดรอน (exhaustion) 4) เดินช้าลง (low walking speed) และ 5) การทำกิจกรรมลดลง (low physical activity) ภาวะเปราะบางดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น หกล้ม มีภาวะพึ่งพา ต้องนอนโรงพยาบาลและเสียชีวิตในที่สุด ผู้ที่มีภาวะเปราะบางจึงเป็นกลุ่มที่ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและให้การดูแลอย่างเป็นระบบ

จากการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุของต่างประเทศ พบว่า มีภาวะเปราะบางร้อยละ 7 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Fried et al., 2001) ในสถานบริบาล (nursing home) พบว่า มีภาวะเปราะบางสูงถึงร้อยละ 52.3 (Kojima, 2015) และในประเทศไทย Intanu (2012) ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในชุมชน จังหวัดกระบี่ พบผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบางร้อยละ 27.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความเปราะบางร้อยละ 43.5 และ Jaidee (2016) ได้ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 32.14 ซึ่งจากการศึกษาของ Kwong, Lai, and Chan (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความต้องการการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายถึงร้อยละ 68.1 และต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวและการเดิน ร้อยละ 75.8

อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในสถานดูแลระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบ้านพักคนชรา ดังนั้นจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา มีความเปราะบางมากกว่าในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ภาวะเปราะบางพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นรวมทั้งการอยู่อาศัยในสถานที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักคนชราจะมีความชุกของภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้มีภาวะ

พึ่งพามากขึ้น มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน และมีภาวะทุพพลภาพตามมา (Kojima, 2015)

ผลกระทบจากภาวะเปราะบาง ด้านร่างกาย พบว่า มีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อทำให้มีการเคลื่อนไหวช้าลง ส่งผลให้เกิดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน (Ferrucci et al., 2004; Srinivas-Shankar & Wu, 2009; Topinková, 2008) การศึกษาในแคนาดา พบว่า ช่วงอายุ 65-74 ปี ผู้ที่มีภาวะเปราะบาง มีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 ส่วนในช่วงอายุ 75-84 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 และเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม พิกการ ต้องนอนโรงพยาบาล (Rockwood, Andrew & Mitnitski, 2007) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 6.9 เท่า (Romero-Ortuno et al., 2010) ด้านจิตใจ พบว่า มีความวิตกกังวล เนื่องจากการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลำบากมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้ดูแล และภาวะเปราะบางยังส่งผลให้มีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่เดิมมีอาการกำเริบมากขึ้นอีกด้วย (Puts et al., 2005) และด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุต้องการดูแลและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ (Fried et al., 2004) จึงควรมีการป้องกันภาวะเปราะบาง เช่น การออกกำลังกาย การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในสังคม จะสามารถชะลอการเข้าสู่ภาวะเปราะบางได้ (Fried et al., 2001)

สำหรับประเทศไทยพบเพียงการสำรวจความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนจังหวัดกระบี่ ในงานวิจัยของ Intanu (2012) และการสำรวจความชุกของภาวะเปราะบางในเขตกรุงเทพมหานคร ของ Jaidee (2016) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในบ้านพักคนชรา ซึ่ง

บริบทการพักอาศัยในบ้านพักคนชรามีความแตกต่างจากชุมชน ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำไปจัดกิจกรรมทางการแพทย์เพื่อชะลอความเสื่อมตามวัย และลดความรุนแรงที่เกิดจากภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม จึงเป็นที่มาของการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลในครั้งนี้

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางและบางตัวแปรสามารถที่จะนำมาจัดกระทำทางการแพทย์เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้ ดังนั้น ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนโรค ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

อายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลง ความแข็งแรงลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะเปราะบางร้อยละ 7 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Fried et al., 2001) แต่ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราพบว่า มีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 (Fried et al., 2004) และ Ng et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบางมากขึ้น (Odds Ratio: $OR = 2.97$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Intanu (2012) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า อายุที่มากขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้ ($OR = 1.14$) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ความแข็งแรง

และมวลกล้ามเนื้อลดลง และเป็นลักษณะที่ชัดเจนของภาวะเปราะบาง ดังนั้น จึงคาดว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบาง

เพศ บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านสรีรวิทยา บุคลิกภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย (Fried et al., 2001) โดยเพศหญิงพบภาวะเปราะบางร้อยละ 7.3 เพศชายพบร้อยละ 3.1 (Romero-Ortuno et al., 2010) แต่การศึกษาของ Intanu (2012) พบว่า เพศชายมีความเปราะบางมากกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศชายที่เป็นหม้ายและอยู่คนเดียว เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีอายุ 60-69 ปี มีอัตราสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึง 10 เท่า และมีจำนวนการสูบบุหรี่ต่อวันสูงกว่าเพศหญิง จึงมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้สุขภาพทรุดลงอย่างรวดเร็วเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเปราะบาง (Levers, Estabrook, & Ross-Kerr, 2006) ดังนั้น จึงคาดว่า เพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

โรคร่วม ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยพบว่า ผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค และเป็นสาเหตุของการตายและภาวะทุพพลภาพ การเกิดโรคร่วมหลายโรคจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ (Jurschik et al., 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางมากขึ้น (Lally & Crome, 2007; Landi et al., 2004; Li et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Intanu (2012) พบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีภาวะเปราะบางร้อยละ 88.9 โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีเพียงหนึ่งโรค และ Li et al. (2010) ได้ศึกษา

ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังพบภาวะเปราะบางร้อยละ 3.7 ผู้ที่มีโรคเดียว พบร้อยละ 11 และมีมากกว่า 2 โรค พบร้อยละ 85.3 ดังนั้นเชื่อได้ว่า โรคร่วมสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะหนึ่งที่มีก่เกิดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยมีความรู้สึกซึมเศร้า ว่าเหว่หดหู่ เนื่องจากรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งจากญาติ หรือขาดคนดูแล การเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเปราะบาง (Woo et al., 2005) เนื่องจาก ลักษณะของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีน้ำหนักลด เริ่มเคลื่อนไหวช้าลง มวลกล้ามเนื้อลดลง ความแข็งแรงและความทนต่อการออกกำลังกายลดลง มีโรคเรื้อรังหลายโรค จึงส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางตามมา (Espinoza & Fried, 2007; Fried et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jurschik et al. (2012) และ Chen et al. (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีแรง รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรม จึงนำไปสู่ภาวะเปราะบางและการศึกษาของ Dent and Hoogendijk (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางได้ (OR = 2.66) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะของภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (Almeida et al., 2015; Brown et al., 2014)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ต้องเผชิญกับการสูญเสียบทบาท การสูญเสียอำนาจและคุณค่าในตัวเอง ประกอบกับสังคมในปัจจุบันผู้สูงอายุขาดคนดูแล อยู่คนเดียว มีโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลมากขึ้น มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องเข้ามาอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราที่รัฐบาลจัดไว้ให้ และผู้สูงอายุมีความคาดหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม การให้คำปรึกษาทั้งด้านสุขภาพ อารมณ์ สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร Espinoza & Walston (2005)

กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะเกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย เนื่องจากขาดการทำกิจกรรมกับสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในทางกลับกันผู้ที่มีภาวะเปราะบางก็จะถูกจำกัดด้วยการเคลื่อนไหว ทำให้เข้าสังคมน้อยลง ถ้าครอบครัวหรือสังคมให้การสนับสนุนก็จะชะลอความเปราะบางในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Woo et al. (2005) พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะเปราะบาง เนื่องจากการขาดสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ส่งผลต่อภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการมีส่วนร่วมในสังคม สามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ (OR = 1.34) (Dent & Hoogendijk, 2014)

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ

สมมติฐานวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง
2. อายุ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา
3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา

ตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา

ของภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและเขต
ปริมณฑล ได้จากการคัดเลือกตามสะดวก
(convenience selection) ตามเกณฑ์การคัดเลือก
และสัดส่วนของบ้านพักคนชราทั้ง 3 แห่ง ได้จำนวน
ทั้งสิ้น 150 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. สามารถอ่านออก สื่อสารได้ เข้าใจภาษา
หรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจาก
การใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับ
ภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
3. สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วย
เดินได้
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2
ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่ม
ตัวอย่าง คือแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น
ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดย
คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง
เบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวช
ศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวง
สาธารณสุข (Institute of Geriatric medicine,
1999) ใช้สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะ
สมองเสื่อม สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุทุกระดับ
การศึกษา ตั้งแต่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่าน
หนังสือไม่ออก จนถึงกลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับ
ประถมศึกษา เพราะจากการทดสอบในผู้สูงอายุที่
ไม่ได้เรียนหนังสือมีค่าความไวร้อยละ 35.4 ค่า
ความจำเพาะร้อยละ 81.1 ผู้สูงอายุระดับที่เรียน
ชั้นประถมศึกษา มีค่าความไวร้อยละ 56.6
ค่าความจำเพาะร้อยละ 93.8 ผู้สูงอายุระดับที่
เรียนระดับสูงกว่าชั้นประถมศึกษา มีค่าความไว
ร้อยละ 92 ค่าความจำเพาะร้อยละ 92.6
แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน
11 ข้อ ซึ่งจากการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุใน
บ้านพักคนชราลพบุรีที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ
ตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบบันทึกและสอบถาม
ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่ใน
บ้านพักคนชรา เหตุผลสำคัญที่สุดที่เข้ามาพักอาศัย
ในบ้านพักคนชรา ประวัติการหกล้ม/ กระตุกหัก
การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา น้ำหนักและส่วนสูง
ปัจจุบัน จำนวน 12 ข้อ

- 2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุไทย (TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟู
สมรรถภาพสมอง (2537) ที่ได้รวบรวมแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท จิตเวชศาสตร์
แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา
จากหลายสถาบันทั่วทั้งประเทศไทย (Train The
Brain Forum Committee, 1994) มีเนื้อหาครอบคลุม
ด้านอารมณ์ ความรู้สึก การคิดรู้ และพฤติกรรม
แบบประเมินนี้มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็น
แบบเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย “ถูก” ลงในช่อง
“ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ให้ตรงกับอาการที่เป็นอยู่ตาม
ความเป็นจริง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุไทย (TGDS) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาคจากการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ
ที่อยู่ในบ้านพักคนชราลพบุรีเท่ากับ .83

- 2.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ใช้
แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม
การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของ
Sungkamontorn (2006) ที่แปลและดัดแปลงมา
จากแบบประเมินของ Brandt & Weinert (1985)
ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อ
คำถามเชิงลบ 2 ข้อ และเชิงบวก 10 ข้อ ผู้วิจัย
ปรับข้อคำถามโดยตัดข้อคำถามเดิมออก 1 ข้อ
และเพิ่มข้อคำถามใหม่ 2 ข้อ ให้สอดคล้องกับ
แนวคิด ได้แก่ 1) เพิ่มข้อคำถามข้อ 6 “ท่านให้
ความช่วยเหลือกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่ใน
บ้านพักคนชรา ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ” 2) เพิ่ม

ข้อคำถามข้อ 8 “ท่านมักได้รับเลือกให้เป็นผู้ดำเนินการทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ” จึงได้ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1985) คือ ด้านความใกล้ชิดและความรักความผูกพัน ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการหาประโยชน์ต่อผู้อื่น ด้านความรู้สึกรักคุณค่าในตัวเอง และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราลพบุรี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

2.4 แบบประเมินภาวะเปราะบางของ Fried et al. (2001) แปลและดัดแปลงโดย Intanu (2012) ประเมินจาก 5 อาการ ได้แก่ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ โดยสอบถามน้ำหนักภายใน 1 ปีที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับน้ำหนักปัจจุบันที่ชั่งวันที่ตอบแบบสอบถาม 2) ภาวะหมดแรงในการทำกิจกรรม ใช้คำถามที่เกี่ยวกับความยากลำบากในการทำกิจกรรมใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3) กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใช้เครื่องวัดแรงบีบมือ (grip dynamometer) ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์เครื่องมือแพทย์ 4) เดินช้าลง ประเมินโดยทดสอบการเดิน 15 ฟุต (4.5 เมตร) แล้วจับเวลา และ 5) การทำกิจกรรมลดลง ใช้แบบสอบถามกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จากนั้นนำมาคำนวณหาพลังงานที่ใช้ใน 1 สัปดาห์แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และมีความเที่ยงของการสังเกต (inter - rater reliability) เท่ากับ .96 แสดงว่า แบบสอบถามภาวะเปราะบางมีความเที่ยงสูง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2559 เลขที่หนังสืออนุมัติ COA No. 082/2560 เลขที่โครงการวิจัย 167.1/59 ซึ่ง

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยตัวอย่างมีสิทธิ์จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกับตัวอย่างจำนวน 150 คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) จำนวน 97 คน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จำนวน 36 คน และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จำนวน 17 คน ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2559 – 24 มีนาคม 2560 รวมระยะเวลาที่เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 3 เดือน และได้ข้อมูลครบทั้ง 150 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย

1. ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า มีภาวะเปราะบางร้อยละ 58.7 คุณลักษณะของตัวอย่างที่มีภาวะอ่อนแรง พบว่า มีอาการเดินช้าลงมากที่สุดจำนวน 81 คน (ร้อยละ 92) รองลงมา คือ ภาวะอ่อนกำลัง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 88.6) การทำกิจกรรมลดลง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 69.3) ภาวะหมดแรง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 42) และน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจจำนวน 17 คน (ร้อยละ 19.3) ตามลำดับ

2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอายุ

ที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบาง คิดเป็น 1.10 เท่า หรือร้อยละ 10 (ตาราง 1)

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและ

ปริมณฑลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางลดลง คิดเป็น .90 เท่า หรือร้อยละ 5 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ตัวแปร	B	Exp(B)	95%CI	p
อายุ	.092	1.096	1.043-1.153	.000
เพศ	-.648	.523	.233-1.121	.102
โรคร่วม	-.093	.912	.421-1.976	.814
ภาวะซึมเศร้า	.007	1.007	.946-1.072	.825
การสนับสนุนทางสังคม	-.058	.943	.900-.989	.015
Constant	-3.831	.022		.079

Cox & Snell R Square = .172 (p < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 58.7 และไม่มีภาวะเปราะบางร้อยละ 41.3 เมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักคนชรา พบว่า ในบ้านพักคนชรา มีความชุกมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษา Kojima (2015) พบว่า มีภาวะเปราะบางในสถานบริบาล (nursing home) สูงถึง ร้อยละ 52.3 และ Buckinxet et al. (2015) ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาล โดยใช้เครื่องมือต่างกัน พบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1.70 (frailty index) ถึงร้อยละ 76.3 (Groningen frailty indicator) อาจเนื่องจากภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มิโรคร่วมหลายโรค จากการสำรวจ พบว่า ในบ้านพักคนชรา มีผู้ที่มีโรคร่วม ร้อยละ 66.7 และมีภาวะเปราะบางร้อยละ 58 และคุณลักษณะของภาวะเปราะบางที่พบมากที่สุด คือ ภาวะอ่อนกำลังพบร้อยละ 59.3

และเดินช้าลงพบร้อยละ 58.7 ซึ่งมักพบในผู้ที่มีโรคกระดูกและข้อ เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน ทำให้ผู้สูงอายุเดินไม่สะดวกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อมีโรคประจำตัวจึงทำให้แรงความเสื่อมของร่างกายให้เร็วขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราที่มีมากถึงร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 20.9 และโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 11 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ง่าย ส่งผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งนำไปสู่ภาวะเปราะบางได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2010) และ Runzer-Colmenares et al. (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ซึ่งอธิบายตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ($OR = .523$, $95\%CI = .233 - 1.121$, $p = .102$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากอุบัติการณ์ภาวะเปราะบางในเพศชายและเพศหญิงมีเท่า ๆ กัน โดยผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชายร้อยละ 52.3 และในเพศหญิงร้อยละ 47.7 ซึ่งต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบภาวะเปราะบางในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย (Fried et al., 2001) เพศหญิงมีภาวะเปราะบางร้อยละ 7.3 และเพศชายมีภาวะเปราะบางร้อยละ 3.1 (Romeo-Ortuno et al., 2010) นอกจากนี้ในการศึกษาภาวะเปราะบางในคลินิกผู้สูงอายุของประเทศเปรู พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย (Runzer-Colmenares et al., 2014) สำหรับในประเทศไทย Jaidee (2016) ได้ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชายร้อยละ 33.91 และในเพศหญิงร้อยละ 31.48 สอดคล้องกับการศึกษาของ Intanu (2012) พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบความชุกของภาวะเปราะบางในเพศชายร้อยละ 79.4 เพศหญิงพบร้อยละ 20.6 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราส่วนใหญ่เพศชายที่เข้ามาอาศัยเป็นผู้ที่มีความเสื่อมของร่างกายมากกว่าเพศหญิง มีประวัติเคยสูบบุหรี่และดื่มสุรามาก่อน และยังมีโรคประจำตัวมากกว่าเพศหญิง ทำให้มีพบภาวะเปราะบางในเพศชายมากกว่า ซึ่งในแต่ละบริบท เช่น ชุมชน โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา อาจจะพบความชุกของภาวะเปราะบางได้ในเพศหญิงหรือเพศชายที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุ โรคประจำตัว และ การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา (Bergman et al., 1997)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($OR = 1.096$, $95\%CI = 1.043-1.153$, $p = .000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี โอกาสในการเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลง ความแข็งแรงลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fried et al. (2001) พบว่า อายุที่มากขึ้นส่งผลให้มีภาวะเปราะบางมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีภาวะเปราะบางร้อยละ 7 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป สำหรับในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 (Fried et al., 2004) และ Ng et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จะมีภาวะเปราะบางมากขึ้น ($OR = 2.97$) การศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า อายุที่มากขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้ ($OR = 1.14$) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อลดลง และเป็นลักษณะที่ชัดเจนของภาวะเปราะบาง ในประเทศไทยพบการศึกษาของ Intanu (2012) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยอายุที่มากขึ้นจะมีความชุกของภาวะเปราะบางมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะพบความชุกของภาวะเปราะบางถึงร้อยละ 43.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaidee (2016) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

โรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางและไม่สามารถทำนายโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1

ชนิด (ร้อยละ 50) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีโรคประจำตัว 2 ชนิดขึ้นไปที่พบเพียงร้อยละ 29 และพบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 20.9 เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามที่บ้านพักคนชราจัดมาให้ และได้รับการตรวจสุขภาพทุกเดือน ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ โรคไม่รุนแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการประเมินภาวะเปราะบางในแต่ละคุณลักษณะ เช่น การวัดแรงกำมือ การเดินและการทำกิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุสามารถทำได้ดีอย่างไรก็ตาม ในระยะยาวโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน จะนำไปสู่โรคอื่นที่รุนแรงขึ้น เช่น โรคไต โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม นำไปสู่ภาวะเปราะบางได้ ดังการศึกษาของ Chen et al. (2010) พบว่า ผู้ที่มีภาวะเปราะบางจะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 49.5 และการศึกษาของ Runzer-Colmenares et al. (2014) พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว

ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง และไม่สามารถทำนายโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jurschik et al. (2012) และ Chen et al. (2014) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีแรง รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรม ทำให้นำไปสู่ภาวะเปราะบางและการศึกษาของ Dent & Hoogendijk (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางได้ ($OR = 2.66$) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะของภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่มภาวะซึมเศร้า (Almeida et al., 2015; Brown et al., 2014) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะยิ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Jaidee, 2016) จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า มากกว่า 3 ใน 4 ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 76.7) ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 23.3 จึงทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้ามีการกระจายตัวน้อย และผู้ที่มีภาวะเปราะบางมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุดร้อยละ 18.2 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 6.8 และซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 3.4 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุก่อนย้ายเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชราส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล มีสถานภาพโสด การมาใช้ชีวิตอยู่ในบ้านพักคนชราทำให้ได้พบปะพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น เย็บปักถักร้อย ทำงานฝีมือฝึกอาชีพ เล่นกีฬา หรือร่วมงานตามเทศกาลต่าง ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ยังพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 20 และมีภาวะเปราะบางด้วยร้อยละ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องจัดการแก้ไขและให้การดูแลอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกหดหู่ เหนื่อยชา ไม่อยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เก็บตัว ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเปราะบาง (Woo et al., 2005)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.287$) และสามารถทำนายโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ ($OR = .943$, $95\%CI = .900-.989$, $p = .015$) สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดในปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรามีความคาดหวังว่าจะได้รับการสนับสนุน การให้คำปรึกษาทั้งด้าน

สุขภาพ อารมณ์ สิ่งของและข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับสังคม ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ร่วมทำกิจกรรมในสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย (Espinoza &Walston, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeon, Jang, and Park (2012) พบว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคม และขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ (OR = 2.01 และ OR =1.34 ตามลำดับ) และจากการศึกษาของ Dent & Hoogendijk (2014) และ Jurschik et al. (2012) พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และมีภาวะเปราะบาง ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มีภาวะเปราะบางมากขึ้น (Woo et al., 2005)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองภาวะเปราะบาง โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางของ Fried et al. (2001) เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและสะดวก สามารถจัดทำกับคุณลักษณะหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้

2. ส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันและลดภาวะเปราะบาง

3. ควรมีการนำความรู้เรื่องภาวะเปราะบาง และผลการวิจัย ไปใช้ในการเรียนการสอนของสถานศึกษาทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจ การเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาการดูแลที่มีคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการพยาบาลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุเพื่อนำไปเป็นแนวทางใน

การจัดกระทำทางการแพทย์ เพราะในการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ

เอกสารอ้างอิง

- Almeida, O. P., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J., Norman, P. E., & Flicker, L. (2015). Depression, frailty, and all-cause mortality: A cohort study of men Older than 75 years. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(4), 296-300.
- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A. P., Tousignant, P., Brunelle, Y., ... & Clarfield, M. (1997). Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration? *Canadian Medical Association Journal, 157*(8), 1116-1121.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). The PRQ: A social support measure. *Nursing research, 30*(5), 277-280.
- Brown, P. J., Roose, S. P., Fieo, R., Liu, X., Rantanen, T., Sneed, J. R., ... & Avlund, K. (2014). Frailty and depression in older adults: A high-risk clinical population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(11), 1083-1095.
- Buckinx, F., Reginster, J. Y., Dardenne, N., Beaudart, C., Slomian, J., Gillain, S., ... & Bruyère, O. (2015). Prevalence of frailty in nursing home residents according to various diagnostic tools. *Journal of Frailty & Aging, 4*(S1), 61.
- Chen, C. Y., Wu, S. C., Chen, L. J., & Lue, B. H. (2010). The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Archives of gerontology and geriatrics, 50*, S43-S47.
- Chen, L. J., Chen, C. Y., Lue, B. H., Tseng, M. Y., & Wu, S. C. (2014). Prevalence and associated factors of frailty among elderly people in Taiwan. *International Journal of Gerontology, 8*(3), 114-119.
- Dent, E., & Hoogendijk, E. O. (2014). Psychosocial factors modify the association of frailty with adverse outcomes: A prospective study of hospitalized older people. *BMC Geriatrics, 14*(1), 108.
- Espinoza, S. E., & Fried, L. P. (2007). Risk factors for frailty in the older adult. *Clinical Geriatrics, 15*(6), 37.
- Espinoza, S., & Walston, J. D. (2005). Frailty in older adults: insights and interventions *Cleveland. Clinic Journal of Medicine, 72*(12), 1105.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler, G. B., & Walston, J. D. (2004). Designing

- randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 625-634.
- Fried, L. P., Darer, J. & Walston, J. (2003). Frailty. In C. K. Cassel (Eds.), *Geriatric medicine and evidence-based approach* (4th ed.) (pp. 1067-1076). New York, NY: Springer-Verlag.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), 146-157.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.
- Institute of Geriatric medicine. (1999). *Mini-mental state examination—Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002)*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Intanu, N. (2012). Frailty: Situation analysis in community. *Medical Journal*, 6.7(26), 619-628.
- Jaidee, S. (2016). *A Study of frailty in older people resided in community, Bangkok* (master's thesis of nursing science). Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Jeon, G. S., Jang, S. N., & Park, S. (2012). Social support, social network, and frailty in Korean elderly. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 16(2), 84-94.
- Jürschik, P., Nunin, C., Botigué, T., Escobar, M. A., Lavedán, A., & Viladrosa, M. (2012). Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly Population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 625-631.
- Kojima, G. (2015). Prevalence of frailty in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 940-945.
- Kwong, E. W. Y., Lai, C. K. Y., & Chan, K. S. (2014). Factors associated with quality of life in nursing home residents with frailty. *Clinical Nursing Studies*, 2(2), p1.
- Levers, M. J., Estabrook, C. A., & Ross Kerr, J. C. (2006). Factors contributing to frailty: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 282-291.
- Li, C. M., Chen, C. Y., Li, C. Y., Wang, W. D., & Wu, S. C. (2010). The effectiveness of a comprehensive geriatric assessment intervention program for frailty in community - dwelling older people: A randomized, controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, S39-S42.
- Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Larbi, A., & Yap, K. B. (2014). Frailty in older persons: Multisystem risk factors and the frailty risk index (FRI). *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 635-642.
- Puts, M. T., Lips, P., Ribbe, M. W., & Deeg, D. J. (2005). The effect of frailty on residential/nursing home admission in the Netherlands independent of chronic diseases and functional limitations. *European Journal of Ageing*, 2(4), 264-274.
- Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A. (2007). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 738-743.
- Romero-Ortuno, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., & Kenny, R. A. (2010). A frailty instrument for primary care: findings from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics*, 10(57), 1-12.
- Runzer-Colmenares, F. M., Samper-Ternent, R., Al Snih, S., Ottenbacher, K. J., Parodi, J. F., & Wong, R. (2014). Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 69-73.
- Srinivas-Shankar, U. & Wu, F. (2009). Frailty and muscle function: Role for testosterone? *Basel Karger*, 37(10), 133-149.
- Sungkamontorn, S. (2006). *Selected factors related to adjustment to illness of chronically ill elderly patients, out-patient department, upper part of southern region* (Master's thesis Nursing Science). Faculty of nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Train The Brain Forum Committee. (1994). Thai Geriatric Depression Scale. *Siriraj Medical Journal*, 46(1), 1-9.
- Topinková, E. (2008). Aging, disability and frailty. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 52(1), 6-11.
- Woo, J., Goggins, W., Sham, A., & Ho, S. C. (2005). Social determinants of frailty. *Gerontology*, 51(6), 402-408.