

Research article

ระบาดวิทยาของภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุในชุมชน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร Epidemiology of Frailty, Sarcopenia, Dementia among Community - Dwelling Older Persons in Lak Si District, Bangkok

เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร*, ศรีญญา วงศ์กำปัน,
รัชนิกร ณ กลาง, กนกวรรณ ไชยลาภ
Benjamas Sirikamonsathian*, Sarunya Wongkumpun,
Rachaneeporn Na Thalang, Kanokwan Chailarp¹

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรบัณฑิตราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
Princess Agramajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

*Corresponding Author, e-mail: benjamas.sir@cra.ac.th

Received: 16 December 2022; Revised: 28 February 2024; Accepted: 4 March 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเปราะบาง มวลกล้ามเนื้อน้อยและสมองเสื่อม เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดได้ การศึกษาในไทยยังมีข้อจำกัด **วัตถุประสงค์การศึกษา:** เพื่อศึกษาระบาดของภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร **วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 560 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และรายงานตนเอง เครื่องมือประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะเปราะบาง (The Tilburg Frailty Indicator:TFI) แบบประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (SARC-F questionnaire for sarcopenia) และแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา **ผลการศึกษา:** พบอายุเฉลี่ย 69.3 ปี อัตราความชุกภาวะเปราะบางร้อยละ 21.07 ส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะเปราะบางด้านร่างกาย ได้แก่ การมองเห็นลดลง มีความยากลำบากในการเดินและมีความเหนื่อยล้า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะพบปัญหาการทรงตัวและความยากลำบากในการเดินขึ้นบันไดเพิ่มมากขึ้นด้วย มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 15.18 กลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป พบว่ามีความยากในการยกและถือของหนัก ร้อยละ 36.1 และมีพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปี ร้อยละ 31.1 พบผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4.83 ส่วนมากมีปัญหาความจำ ระบบการรู้คิด **สรุป:** ดังนั้นควรวางแผนให้ความรู้ จัดการแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันภาวะเปราะบางเพิ่มมวลกล้ามเนื้อให้มากขึ้นในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟื้นฟูและมีระบบส่งต่อที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: เปราะบาง, มวลกล้ามเนื้อน้อย, สมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ

Abstract

Introduction: Older persons are at higher risks for frailty, sarcopenia and dementia. These are major health problems among Thai older persons. The Research in Thailand is quite limited. **Objective:** The aims to explore the epidemiology on frailty, sarcopenia and dementia among community - dwelling older persons in Lak Si District, Bangkok. **Methods:** Use descriptive study among 560 older people in their community-dwelling. Interviews and self-reports were conducted for data collection. Interviews included demographic,

The Tilburg Frailty Indicator (TFI) part B Components for frailty, SARC-F test for sarcopenia and dementia test. All data was analyzed by descriptive statistics. **Results:** The study found that the average age of the sample was 69.3 with 1) prevalence of frailty (21.07%); reduced eye vision, fatigue, body unbalancing, and walking difficulty including walking upstairs 2) prevalence of sarcopenia (15.18%); holding and lifting difficulties (36.1%), and falling during the year (31.1%) and 3) dementia (4.83%); memory and cognitive system problems. **Conclusion:** From the study, it is suggested that health personnel should concern and manage about frailty, sarcopenia and dementia in the older persons and help the clients in every dimension; health promotion, prevention, caring, rehabilitation and referring system for their good quality of life.

Keywords: Frailty, Sarcopenia, Dementia, Older persons

บทนำ (Introduction)

โลกปัจจุบันมีวิวัฒนาการด้านการแพทย์ในการดูแลรักษา โดยใช้เทคโนโลยีในการจัดการกับโรคเรื้อรังต่างๆได้เป็นอย่างดี ทำให้ประชาชนมีอายุขัยเพิ่มมากขึ้น อัตราส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วย ปี ค.ศ. 2019 ทั่วโลกมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1 พันล้านคน จะเพิ่มขึ้นถึง 1.4 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มเป็น 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา¹ การเป็นสังคมสูงวัย คือ การที่มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด การสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ผ่านมา 5 ครั้ง พบว่าประเทศไทยมีอัตราส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเห็นได้ชัดอย่างรวดเร็ว มีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2537 ร้อยละ 6.8, ปี พ.ศ. 2545 ร้อยละ 9.4, ปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 10.7, ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 12.2, ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 14.9 และปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 16.7² จึงกล่าวได้ว่าไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ กรุงเทพมหานคร มีประชากรผู้สูงอายุ 1,089,974 คน เขตหลักสี่ เป็นหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร มีชุมชนทั้งหมด 77 ชุมชน จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 23,098 คน สัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ร้อยละ 22.15 เป็นพื้นที่เขตที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete – aged society)³

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของเซลล์ตามอวัยวะต่างๆตามอายุที่มากขึ้น อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการเกิดภาวะเปราะบาง ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 อย่าง ได้แก่ 1) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Muscle

weakness) 2) มีกิจกรรมทางกายต่ำ (Low physical activity) 3) เดินช้าลง (Low walking speed) 4) มีความเหนื่อยล้า (Exhaustion) และ 5) มีน้ำหนักลดลงอย่างไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 3 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (Weight loss)⁴ เมื่อร่างกายมีภาวะเปราะบาง ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อหรือหกล้มได้ง่าย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการหรือเสียชีวิต ปัญหาที่ต่างกันตามพันธุกรรม ยีนส์ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล การมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การนอนติดเตียงเป็นเวลานานๆ และด้านการศึกษา⁵ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโอกาสที่จะเกิดการเสื่อมถอยก็จะเร็ว และจะยิ่งส่งเสริมให้เกิดภาวะเปราะบางเร็วขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

นอกจากนี้ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยประกอบด้วย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ปริมาณมวลกล้ามเนื้อ (Muscle mass) และสมรรถภาพของร่างกาย (Physical performance)⁶ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีการเคลื่อนไหวน้อยหรือไม่เคลื่อนไหว มีพฤติกรรมนั่งๆนอนๆ รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง หรือมีโรคประจำตัว ก็มักส่งเสริมให้มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง อีกทั้งภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่พบบ่อย มีความเสื่อมของเซลล์สมอง มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางเช่นกัน มักมีอาการค่อยเป็นค่อยไปในระยะเริ่มต้น จะมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆตามอายุ โดยมากมักเกิดขึ้นในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 5 ปี พบสูงถึงร้อยละ 45 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป⁶ จากการศึกษาของ Carole⁷ เกี่ยวกับภาวะเปราะบางในประเทศอังกฤษ พบสภาวะเปราะบางในกลุ่มผู้สูงอายุโดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 21.2 และยังพบว่าภาวะเปราะบางในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 69 ขณะที่การศึกษาในประเทศอเมริกา พบอัตราการเกิดภาวะเปราะบางร้อยละ 30.4⁸ และการศึกษาในยุโรป พบว่าอัตราของการเกิดภาวะเปราะบางในผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เท่ากับร้อยละ 12 และ พบร้อยละ 18 ในทุกพื้นที่⁹ งานวิจัยของประเทศไทยที่ผ่านมามีพบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางอยู่ระหว่าง 12.2- 32.14¹⁰⁻¹³ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะสมองเสื่อมยังมีจำกัด

จากข้อมูลดังกล่าว ภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ต่อความพิการ เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้เป็นภาระของครอบครัว ชุมชนและระบบสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้สามารถทราบข้อมูลทางระบาดวิทยาของภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และภาวะสมองเสื่อม ของเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะชุมชนที่หลากหลาย ได้แก่ ชุมชนเมือง บ้านจัดสรร ชุมชนแออัด และชุมชนที่อาศัยอยู่

อาคารสูง จะได้ทราบข้อมูลพื้นฐาน เพื่อจัดเตรียมวางแผน จัดระบบการบริการป้องกันภาวะที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระบาดวิทยาภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่เขตหลักสี่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระบาดวิทยาภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา (Method)

1. ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Descriptive Study) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 ของโครงการวิจัยเรื่องการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi -Stage Random Sampling) มีขั้นตอน ดังนี้ เขตหลักสี่ มีชุมชนจำนวน 77 ชุมชน แบ่งเป็น 3 ประเภทตามลักษณะชุมชน ได้แก่ 1) ชุมชนเมือง 53 ชุมชน 2) ชุมชนแออัด 14 ชุมชน 3) ชุมชนอาคารสูง 10 ชุมชน สุ่มเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละประเภทชุมชน ดังนี้ ชุมชนเมือง : ชุมชนแออัด : ชุมชนอาคารสูง คือ 0.86 : 0.13 : 0.01 ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power กำหนดอำนาจการทดสอบ มากกว่า 0.95 ขนาดอิทธิพลร่วมระดับปานกลาง (0.50) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 500 คน¹⁴ เพิ่มขนาดเพื่อป้องกันการสูญหาย รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 560 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร มาแล้วอย่างน้อย 5 ปี สามารถสื่อสารกับทีมวิจัยได้ เป็นผู้ที่มีสติรู้ตัวเข้าร่วมโครงการโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยในวันที่เก็บข้อมูลที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากต้นฉบับภาษาต่างประเทศ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ค่าความสอดคล้องความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) คือ 0.80 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้

(Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.70 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษารายได้ ดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษา ภาวะสุขภาพโดยรวม การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมค่าลงในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง โดยใช้แบบชี้วัดภาวะเปราะบาง The Tilburg Frailty Indicator (TFI) Part B Components of Frailty¹⁵ เป็นการประเมินภาวะเปราะบางทางกายจำนวน 8 ข้อ ด้านจิตใจจำนวน 4 ข้อ และด้านสังคมจำนวน 3 ข้อ รวม 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ เกณฑ์การประเมินดังนี้ ข้อ 1 ใช่ = 0 ไม่ใช่ = 1, ข้อ 2 – 8 ไม่ใช่ = 0 ใช่ = 1, ข้อ 9 ไม่ใช่/บางครั้ง = 0 ใช่ = 1, ข้อ 10-11 ไม่ใช่ = 0 ใช่/บางครั้ง = 1, ข้อ 12 ใช่ = 0 ไม่ใช่ = 1, ข้อ 13 ไม่ใช่ = 0 ใช่ = 1, ข้อ 14 ไม่ใช่ = 0 ใช่/บางครั้ง = 1, ข้อ 15 ใช่ = 0 ไม่ใช่ = 1

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะกล้ามเนื้อน้อย SARC – F Score¹⁶ จำนวน 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล ดังนี้ S = Strength : ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2, A = Assistance in walking : ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2, R = Rise from a chair : ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2, C = Climb stairs : ไม่ยาก = 0, ยากเล็กน้อย = 1, ยาก = 2, F = Falls : ไม่เคย = 0, 1-3 ครั้ง = 1, ≥ 4 = 2 การแปลผลหากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายความว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia)

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม¹⁷ จำนวน 14 ข้อ คำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนน 0 -56 การแปลผลตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ เลขที่ 094/2563 ลงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2563 หลังจากได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากประธานชุมชนที่สุ่มเลือกได้ ชี้แจงข้อพิจารณาจริยธรรมเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยระบุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย แนวทางการตอบแบบสอบถาม หากไม่สามารถอ่านแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยและทีมดำเนินการอ่านแบบสอบถามให้

กลุ่มตัวอย่างฟังด้วยตัวเอง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลที่ได้มาจากแบบสอบถามเก็บไว้เป็นความลับ อยู่ในที่ปลอดภัยและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายโดยใช้เครื่องย่อยเอกสารทันทีเมื่อผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยใช้เหตุผลทางวิชาการ ไม่นำข้อมูลหรือความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือนำเสนอผลการวิจัยรายบุคคล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่า มีข้อมูลที่เก็บได้สมบูรณ์มีจำนวน 560 คน บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 66.4 มีอายุเฉลี่ย 69.3 ปี มีสถานภาพคู่ร้อยละ 54.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมา คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.9 มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 10,760 บาทต่อเดือน ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.5 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 61.6 และมีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้ร้อยละ 42.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 560)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	188	33.6
	หญิง	372	66.4
อายุ			
	60 - 69 ปี	321	57.3
	70 – 79 ปี	178	31.8
	80 ปีขึ้นไป	61	10.9
	อายุเฉลี่ย = 69.3		
สถานภาพ			
	โสด	52	9.3
	คู่	306	54.6
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	202	36.1
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	20	3.6
	ประถมศึกษา	276	49.3
	มัธยมศึกษา	134	23.9
	ปวช./ปวส.	36	6.4
	ปริญญาตรี	76	13.6
	สูงกว่าปริญญาตรี	18	3.2
รายได้			
เฉลี่ยเท่ากับ 10760.77 (ต่ำสุดเท่ากับ 600 สูงสุดเท่ากับ 200,000 บาท)			

สิทธิการรักษา			
	เบิกจ่ายตรง	155	27.6
	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	345	61.6
	ประกันสังคม	33	5.9
	รัฐวิสาหกิจ	26	4.7
	ประกันเอกชน	1	0.2
ดัชนีมวลกาย			
ค่าเฉลี่ย 27.49			
ภาวะสุขภาพโดยรวม			
	ไม่ดี	40	7.1
	พอใช้	245	42.8
	ดี	219	39.1
	ดีมาก	36	6.4
	ดีเยี่ยม	20	3.6
สูบบุหรี่			
	ไม่สูบ	439	78.4
	เป็นบางครั้ง	16	2.9
	เป็นประจำ	27	4.8
	หยุดสูบแล้ว	78	13.9
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
	ไม่ดื่ม	404	72.1
	เป็นบางครั้ง	78	13.9
	เป็นประจำ	20	3.6
	หยุดดื่มแล้ว	58	10.4

การประเมินภาวะเปราะบาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะเปราะบาง จำนวน 118 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 21.07 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย จำนวน 85 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 15.18 กลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะสมองเสื่อม จำนวน 27 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 4.83 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของภาวะเปราะบาง ภาวะกล้ามเนื้อน้อยและภาวะสมองเสื่อม

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะเปราะบาง (คะแนน ≥ 4)	118	21.07
ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย(คะแนน ≥ 4)	85	15.18
ภาวะสมองเสื่อม (คะแนน ≥ 30)	27	4.83

ปัญหาภาวะเปราะบางด้านร่างกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุ มีปัญหาการมองเห็นลดลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคือมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันเนื่องจากมีความยากลำบากในการเดิน คิดเป็นร้อยละ 22.1 และปัญหาความเหนื่อยล้าในการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 20.9 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการทรงตัวไม่ดี/ไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันถึงร้อยละ 50.8 และปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันเนื่องจากมี

ความยากลำบากในการเดินร้อยละ 49.2 คิดเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 -69 ปี ขณะที่กลุ่มอายุ 70-79 ปี ขึ้นไปและกลุ่มอายุ 60-69 ปีเริ่มมีปัญหาการมองเห็นลดลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน คิดเป็น ร้อยละ 27.5 ร้อยละ 25.2 ตามลำดับปัญหาภาวะเปราะบางด้านจิตใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุร้อยละ 89.1 สามารถรับมือและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป พบปัญหาซึมเศร้า/จิตตก ถึงร้อยละ 34.4 และมีความรู้สึกกังวล/กระวนกระวายใจร้อยละ 23.0 ส่วนปัญหาเกี่ยวกับความจำ พบร้อยละ 21.3 ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้นับว่ากลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปมีปัญหาเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปีและกลุ่มอายุ 70-79 ปี ปัญหาภาวะเปราะบางด้านสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากบุคคลอื่น ร้อยละ 15.7-16.4 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ในทุกกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปอยากให้มีใครอยู่รอบๆ ตัวสูงถึงร้อยละ 62.3 ขณะที่กลุ่มอายุ 70-79 ปีและกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 47.8 และ 41.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่คนเดียวคิดเป็นร้อยละ 9.6 และพบกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 11.5 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตามสภาวะเปราะบางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม (n = 560)

รายการ	อายุ 60-69ปี จำนวน(ร้อยละ)	อายุ 70-79ปี จำนวน(ร้อยละ)	อายุ ≥ 80 ปีขึ้นไป จำนวน(ร้อยละ)	รวมทั้งหมด จำนวน(ร้อยละ)
ด้านร่างกาย				
1. ท่านรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง	256(79.8)	141(79.2)	44(72.1)	441(78.8)
2. ท่านรู้สึกว่าคุณน้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ตั้งใจจะลด (น้ำหนักลด 6 กิโลกรัมขึ้นไปใน 6 เดือนที่ผ่านมา หรือ 3 กิโลกรัมใน 1 เดือนที่ผ่านมา)	15(4.7)	12(6.7)	8(13.1)	35(6.3)
3. ท่านมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความลำบากในการเดิน	54(16.8)	40(22.5)	30(49.2)	124(22.1)
4. ท่านมีปัญหาการทรงตัวไม่ดี/ไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวัน	50(15.6)	41(23.0)	31(50.8)	88(15.7)
5. ท่านมีปัญหาการได้ยินลดลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน	36(11.2)	30(16.9)	22(36.1)	88(15.7)
6. ท่านมีปัญหาการมองเห็นลดลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน	81(25.2)	49(27.5)	24(39.3)	154(27.5)
7. ท่านมีปัญหามือไม่มีแรงในการดำเนินชีวิตประจำวัน	27(8.4)	14(7.9)	16(26.2)	57(10.2)
8. ท่านมีปัญหาความเหนื่อยล้าในการดำเนินชีวิตประจำวัน	64(19.9)	32(18.0)	21(34.4)	117(20.9)
ด้านจิตใจ				
1. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ	33(10.3)	19(10.7)	13(21.3)	65(11.6)
2. ท่านรู้สึกเศร้าหรือจิตตกใน 1 เดือนที่ผ่านมา	54(16.8)	31(17.4)	21(34.4)	106(18.9)
3. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจหรือกังวลใจใน 1 เดือนที่ผ่านมา	53(16.5)	35(19.7)	14(23.0)	102(18.2)
4. ท่านสามารถรับมือ/เผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี	286(89.1)	158(88.8)	55(90.2)	499(89.1)
ด้านสังคม				
1. ท่านอาศัยอยู่คนเดียว	32(10.0)	15(8.4)	7(11.5)	54(9.6)
2. บางครั้งท่านรู้สึกอยากให้มีใครอยู่รอบตัว	133(41.4)	85(47.8)	38(62.3)	256(45.7)
3. ท่านได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากบุคคลอื่นๆ	267(83.2)	150(84.3)	51(83.6)	468(83.6)

ผลการศึกษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (≥ 4 เท่ากับ 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.18 (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ การศึกษาครั้งนี้พบว่าทุกกลุ่มอายุมีความยากในการเดินขึ้นบันไดร้อยละ 14.5 เคยพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาประมาณ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 18.2 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความยากในการยกของหนักที่มีน้ำหนักประมาณ 4 -5 กิโลกรัม ถึงร้อยละ 36.1 มีความยากในการเคลื่อนตัวลุกจากเก้าอี้ ร้อยละ 18.0 มีความยากในการเดินขึ้นบันได ถึงร้อยละ 37.7 มีและเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาประมาณ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 31.1 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี สามารถยกของหนักได้ยากเล็กน้อย ร้อยละ 13.7 เคลื่อนตัวลุกจากเก้าอี้ได้ยากเล็กน้อย ร้อยละ 8.4 เดินขึ้นบันไดยากเล็กน้อย ร้อยละ 11.2 มีและเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาประมาณ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 15.0 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มีความยากในการยกของหนักที่มีน้ำหนักประมาณ 4 -5 กิโลกรัม ร้อยละ 10.7 เคลื่อนตัวลุกจากเก้าอี้ได้ยากเล็กน้อย ร้อยละ 8.4 มีความยากในการเดินขึ้นบันได ร้อยละ 16.9 และเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาประมาณ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 19.7 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (n = 560)

รายการ	อายุ 60-69 ปี	อายุ 70-79 ปี	อายุ 80 ปีขึ้นไป	รวมทั้งหมด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
S : Strength				
ไม่ยาก	249 (77.6)	131(73.6)	28(72.9)	408(72.9)
ยากเล็กน้อย	44 (13.7)	28(15.7)	11(18.0)	83(14.8)
ยาก	28(8.7)	19(10.7)	22(36.1)	69(12.3)
A: Assistance in walking				
ไม่ยาก	296(92.2)	158(88.8)	41(67.2)	495(88.4)
ยากเล็กน้อย	18(5.6)	13(7.3)	10(16.4)	41(7.3)
ยาก	7(2.2)	7(3.9)	10(16.4)	24(4.3)
R: Rise from a chair				
ไม่ยาก	288(89.7)	154(86.5)	38(62.3)	480(85.7)
ยากเล็กน้อย	27(8.4)	15(8.4)	12(19.7)	54(9.6)
ยาก	6(1.9)	9(5.1)	11(18.0)	26(4.6)
C: Climb stairs				
ไม่ยาก	257(80.1)	119(66.9)	23(37.7)	399(71.3)
ยากเล็กน้อย	36(11.2)	29(16.3)	15(24.6)	80(14.3)
ยาก	28(8.7)	30(16.9)	23(37.7)	81(14.5)
F: Falls				
ไม่เคย	270(84.1)	139(78.1)	40(65.6)	449(80.2)
1-3 ครั้ง	48(15.0)	35(19.7)	19(31.1)	102(18.2)
≥ 4 ครั้ง	3(0.9)	4(2.2)	2(3.3)	9(1.6)

เมื่อพิจารณาภาวะสมองเสื่อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างสงสัยว่าป่วยด้วยสมองเสื่อม (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 30) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 4.83 (ตารางที่ 2) โดยกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีปัญหาด้านความจำ หลงลืมเรื่องราว/สิ่งของ/บุคคล บ่อยครั้งหรือทุกสัปดาห์ กล่าวคือ มีบ่อยครั้งที่กลุ่มตัวอย่างหาของใช้ในบ้านไม่พบ คิดเป็นร้อยละ 15.2 และหาของใช้ในบ้านไม่พบเป็นประจำ ร้อยละ 5.9 บ่อยครั้งที่ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำออกไปนอกบ้านด้วย ร้อยละ 14.3 ต้องกลับไปทบทวนสิ่งที่ทำถึง 2 ครั้งเป็นประจำ ร้อยละ 4.5

บ่อยครั้งที่ลืมบอก/จำข้อความที่คนอื่นวานให้บอกอีกคนหนึ่งไม่ได้ ร้อยละ 4.6 ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำ ร้อยละ 4.3 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของการมีภาวะสมองเสื่อม (n = 560)

รายการ	นานๆครั้ง/ไม่เคย/ ปี	ไม่บ่อย/ทุก เดือน	บ่อยครั้ง/ทุก สัปดาห์	ประจำ/ทุกวัน
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. หาของใช้ในบ้านไม่พบ	257 (45.9)	185(33.0)	85(15.2)	33(5.9)
2. จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆไม่ได้	484(86.4)	54(9.6)	15(2.7)	7(1.3)
3. ต้องกลับไปทบทวนงาน/สิ่งที่ทำ 2 ครั้ง	336(60.0)	143(25.5)	56(10.0)	25(4.5)
4. ลืมของที่ตั้งใจจะนำออกไปนอกบ้านด้วย	255(45.5)	197(35.2)	80(14.3)	28(5.0)
5. ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อ2-3วันก่อน	401(71.6)	116(20.7)	31(5.5)	12(2.1)
6. ลืมเพื่อนสนิท/ญาติสนิท/บุคคลที่คบหากันบ่อยๆ	509(90.9)	34(6.1)	13(2.3)	4(0.7)
7. ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์หรือวารสารที่อ่าน	492(87.9)	44(7.9)	17(3.0)	7(1.3)
8. ลืมบอก/จำข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่งไม่ได้	436(77.9)	86(15.4)	26(4.6)	12(2.1)
9. ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิดที่อยู่	526(93.9)	18(3.2)	10(1.8)	6(1.1)
10. สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา	447(79.8)	92(16.4)	14(2.5)	7(1.3)
11. ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำหรือมองหาสิ่งของนั้นในที่ไม่น่าจะวางไว้	329(58.8)	146(26.1)	61(10.9)	24(4.3)
12. ขณะเดินทางหรือเดินเล่นหรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อยมักเกิดเหตุการณ์หลงทิศหรือหลงทาง	516(92.1)	33(5.9)	4(0.7)	7(1.3)
13. ทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำๆ2ครั้งเพราะลืม เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหารหรือเดินไปหิวผมอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้หิวผมเสร็จ	479(85.5)	65(11.6)	10(1.8)	6(1.1)
14. เล่าเรื่องเดิมซ้ำ ซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้เล่าเสร็จ	466(83.2)	70(12.5)	18(3.2)	6(1.1)

อภิปรายผล (Discussion)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบอัตราความชุกภาวะเปราะบาง ร้อยละ 21.07 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษและอเมริกา⁷⁻⁸ ที่พบว่าม้อัตราการเกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 21.2 และร้อยละ 30.4 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ อยู่ระหว่างร้อยละ 26.4-32.14¹²⁻¹³ แตกต่างจากการศึกษาของประเทศอิหร่าน ที่พบว่ามีภาวะเปราะบางร้อยละ 14.3 ซึ่งก็มากกว่าร้อยละ 10 นอกจากนี้ การศึกษาของ carole⁷ ที่ทำการศึกษาจากเวชระเบียนในประเทศอังกฤษ ในผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบการบริการปฐมภูมิ ยังพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบางถึงร้อยละ 68.8 และกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี มีภาวะเปราะบางร้อยละ 29.2 ทั้งนี้ การเกิดภาวะเปราะบางขึ้นกับพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองส่วนบุคคลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 21.6 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ⁷ พบว่ายังมีการสูบบุหรี่อยู่ถึงร้อยละ 22.7 ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางมากขึ้น เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้การนำออกซิเจนลดลง ประกอบกับในผู้สูงอายุมักจะมีปริมาณออกซิเจนสูงสุด (Vo₂ Max) ลดลงอยู่แล้ว

ผลการศึกษาพบอัตราความชุกภาวะเปราะบางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ โดยร้อยละ 27.5 มีปัญหาในการมองเห็นลดลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 22.1 มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีความยากลำบากในการเดิน ปัญหานี้เพิ่มมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการทรงตัวไม่ดี ไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันร้อยละ 21.8 และมีความเหนื่อยล้าในการดำเนินชีวิตประจำวันร้อยละ 20.9 ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธนิต วรรัตน์¹¹ ที่พบว่าความชุกของผู้สูงอายุที่มีเข่าอักเสบร่วมด้วย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนใน 4 จังหวัดของประเทศไทยมีความเปราะบางร้อยละ 12.9 มีภาวะอ่อนแอร้อยละ 20.7 มีการออกกำลังกายน้อยร้อยละ 36 และมีสภาพร่างกายที่เชื่องช้าร้อยละ 63.6 ภาครัฐควรวางแผนจัดการปัญหาการทรงตัว ความยากลำบากในการเดินให้กับกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป และในส่วนของกลุ่มอายุ 60–79 ปี ควรวางแผนจัดการแก้ไข ปัญหาการมองเห็นที่ลดลงให้กับกลุ่มอายุดังกล่าว เมื่อมองในด้านของการมีดัชนีมวลกาย การศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติถึงร้อยละ 64.7 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติร้อยละ 66.7 เช่นกัน ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า เมื่อร่างกายเข้าสู่ภาวะเปราะบางจะมีภาวะเหนื่อยล้า มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ในระดับต่ำ¹⁸ ประกอบกับการที่มีพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ และการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพึ่งพาบุตรหลาน ญาติพี่น้องในการจัดหาหรือซื้ออาหาร ด้วยวัฒนธรรมไทยที่มีนิสัยเกรงใจผู้อื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะบอกกล่าวลูกหลานเกี่ยวกับอาหารที่ต้องการสำหรับภาวะเปราะบางด้านจิตใจ การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.1 สามารถรับมือและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านการใช้ชีวิต การทำงาน การแก้ไขปัญหาและมีประสบการณ์มากมาย จึงสามารถจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้เป็นอย่างดี ส่วนภาวะเปราะบางด้านสังคม พบว่าร้อยละ 45.7 รู้สึกว่าอยากให้มีใครอยู่รอบๆ ตัว อาจเป็นไปได้ว่าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในสังคมเมืองหลวง รีบเร่ง ต่างคนต่างอยู่ เกิดการแข่งขันกันสูง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจึงอาจเกิดความรู้สึกว่าเหงา โดดเดี่ยว ต้องการคนเอาใจใส่ดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้มีผู้อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 9.6 สอดคล้องกับการศึกษาของอิหร่านที่พบร้อยละ 6.7¹⁹ และการศึกษาในจีน²⁰ พบว่า ภาวะเปราะบางมีความเกี่ยวข้องกับการอาศัยอยู่คนเดียว และภาวะเปราะบางมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากที่สุด

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 15.18 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanford ที่พบอัตราของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ร้อยละ 42.9 และมีผู้สูงอายุที่มีทั้งภาวะเปราะบางและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยรวมกัน ร้อยละ 25.1 กลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อน้อยแต่ไม่มีภาวะเปราะบางเท่ากับร้อยละ 17.5 กลุ่มที่มีภาวะเปราะบางแต่ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อน้อยเท่ากับร้อยละ 5.3 โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 85 ปี จะมีสัดส่วนมากที่สุดในทุกภาวะ⁸ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ การศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่มีอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะมีความยากในการยกของหนัก ยากในการเคลื่อนตัวลุกจากเก้าอี้ ยากในการเดินขึ้นบันได และพลัดตกหกล้มบ่อยขึ้นโดย กลุ่มที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความยากในการยกของหนักที่มีน้ำหนักประมาณ 4 -5 กิโลกรัม ร้อยละ 36.1 ยากในการเคลื่อนตัวลุกจากเก้าอี้ ร้อยละ 18.0 ยากในการเดินขึ้นบันได ร้อยละ 37.7 มี และเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาประมาณ 1-3 ครั้ง ร้อยละ 31.1 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้ตามวงจรการเกิดภาวะเปราะบาง (The cycle of frailty) โดย Fried และ Walton¹⁸ กล่าวไว้ว่า เริ่มต้นจากการที่ร่างกายสูญเสียมวลกล้ามเนื้อจากความต้านทานต่ออินซูลินลดลง มีภาวะกระดูกพรุน ปริมาณการใช้ออกซิเจนสูงสุดลดลง (VO₂ Max) ทำให้การเดินช้าลง กำลังความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงส่งผลให้สูญเสียการทรงตัว เกิดการหกล้มและได้รับบาดเจ็บผลที่ตามมา คือ มีการเคลื่อนไหวลำบาก และการที่มีกำลังความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงยังทำให้อัตราการเผาผลาญลดลงตามไปด้วย ประกอบกับการเดินช้าลง การทำกิจกรรมต่างๆ ก็จะลดลงด้วยส่งผลทำให้มีการใช้พลังงานลดลง ทำให้เบื่ออาหาร ต่อมารั้วมีความผิดปกติ ร่างกายขาดสารอาหาร เช่น การบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอ น้ำหนักตัวลด ในที่สุดเกิดภาวะชราภาพ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Rachel²¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 5 ที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และร้อยละ 21 ที่เริ่มมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้เครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาแบบระยะยาวภาวะกล้ามเนื้อน้อยในกลุ่มคนแอฟริกันอเมริกา พบว่ากลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อน้อยมีภาวะสุขภาพพอใช้ ร้อยละ 81.5²² การศึกษาครั้งนี้ พบว่าทุกกลุ่มอายุมีอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 4.83 สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศจีน²³ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.22 และพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และการศึกษาในประเทศอเมริกา²⁴ พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อม ในคนที่มีความอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่า กลุ่มคนอเมริกาเชื้อสายญี่ปุ่นมีภาวะสมองเสื่อมต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.3 โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีบ่อยครั้งที่กลุ่มตัวอย่างหาของใช้ในบ้านไม่พบ คิดเป็นร้อยละ 15.2 และหาของใช้ในบ้านไม่พบเป็นประจำร้อยละ 5.9 บ่อยครั้งที่ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำออกไปนอกบ้านด้วย

ร้อยละ 14.3 ต้องกลับไปพบทวนสิ่งที่ทำถึง 2 ครั้งเป็นประจำ ร้อยละ 4.5 สิ่งที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำ ร้อยละ 4.3 ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีความจำที่เสื่อม อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Sanford⁸ ที่พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 28.1 และมีอัตราร้อยละ 41.6 ถึงกลุ่มอายุที่มากกว่า 85 ปีขึ้นไป และการศึกษาในประเทศอเมริกา²⁴ พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในคนที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ที่พบว่ากลุ่มคนผิวขาวเชื้อสายแอฟริกัน มีภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 12.9 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าภาวะสมองเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความคิด สับสน มีการรับรู้ที่ผิดปกติ มีการบกพร่องของการรู้คิดซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป⁶

อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเรื่องอคติ ได้แก่ บางข้อคำถามต้องการข้อมูลย้อนหลังผู้สูงอายุอาจจำเรื่องราวหรือเหตุการณ์ไม่ได้ ทำให้อาจเกิดความผิดพลาดได้ และการที่ให้กลุ่มตัวอย่างรายงานตัวเอง อาจทำให้มีการรายงานเข้าข้างตัวเอง และเกณฑ์การคัดออกที่ทำการคัดออกจากการศึกษาหากมีการเจ็บป่วยในวันที่เข้าเก็บข้อมูล ส่งผลให้ผลการประเมินต่ำกว่าข้อมูลจริงได้ สำหรับจุดแข็งของการวิจัยครั้งนี้คือ การที่ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนเอง ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผน จัดการเพื่อป้องกันภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และภาวะสมองเสื่อม เช่น วางแผนจัดการปัญหาการมองเห็น การเดิน หรือปัญหาการทรงตัวไม่ดี สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาในประเด็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเปราะบาง ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมการป้องกันภาวะเปราะบาง รวมทั้งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ใช้ป้องกันภาวะดังกล่าว เป็นต้น

บทสรุป (Conclusion)

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ในชุมชนเขตหลักสี่ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยมีภาวะเปราะบางด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและสมองเสื่อมมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย ดังนั้น การเร่งจัดการวางแผนดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว เพื่อลดผลกระทบและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการจัดให้มีระบบส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะตามมา และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ตลอดจนประธานและกรรมการชุมชนในพื้นที่ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ให้ความสะดวกในการประสานงาน เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณแหล่งทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกว.) ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO/ Health topics: Ageing. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. Accessed November 1, 2022
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ระบบคลังข้อมูลสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จาก <https://nsodw.nso.go.th/dwportal/It em.aspx?p=+gsaDgQv4TQFrLJCEbyvEQ==>. เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2565.
3. กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. สรุปฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับเขตของกรุงเทพมหานคร. กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. จาก <https://webportal.bangkok.go.th/hesd/page/main/1686/>. เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565.
4. Fried L, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB, Ouslander JG. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, fourth edition. NY: Mc Graw Hill; 1998: 1387–1402.
5. Welstead M, Jenkins ND, Russ TC, Luciano M, Muniz-Terrera G. A Systematic Review of Frailty Trajectories: Their Shape and Influencing Factors. *Gerontologist*. 2021;61(8):e463-e475. doi:10.1093/geront/gnaa061
6. American Psychiatric Association, Force DSMT. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM V 2013. *American Psychiatric Association*. <http://dsm.psychiatry online.org/book.aspx?bookid=556>. Accessed November 1, 2022
7. Fogg C, Fraser SDS, Roderick P, et al. The dynamics of frailty development and progression in older adults in primary care in England (2006-2017): a retrospective cohort profile. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):30. Accessed January 6, 2022. doi:10.1186/ s12877-021-02684-y

8. Sanford AM, Morley JE, Berg-Weger M, Lundy J, Little MO, Leonard K, Malmstrom TK. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. *PLoS One*. 2020; 15(6):e0233857. doi: 10.1371/journal.pone.0233857.
9. O’Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. *Ann Ist Super Sanita*. 2018;54(3): 226-238. doi:10.4415/ANN_18_03_10
10. สันหวัช โสประทุม, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ทนงสรรค์ เทียนถาวร, สุรัชฌา เก่งพานิช. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการในห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า : การศึกษาเชิงผสมผสาน. *วารสารพัฒนาศาสตร์สุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 2565; 21(1-2). 1-11.
11. Kulthanit W, Weerasak M, Vilai K, Chalobol C, Apiwan N. Prevalence and Factors Associated with Frailty and Cognitive Frailty among Community-Dwelling Elderly with Knee Osteoarthritis. *J COMMUN HEALTH*. 2019; 44: 587-595. doi.org/10.1007/s10900-018-00614-5.
12. ณัฐกฤตา บริบูรณ์, พิระศักดิ์ เลิศตระการนนท์, เพ็ญประภา ศิริโรจน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน : กรณีศึกษาในอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2560; 24(1). 45-54.
13. สุพรรณิ ใจดี, ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารแพทยันวิ*. 2560; 44(3): 117-135.
14. Zodepy SP. Sample size and power analysis in medical research. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2004; 70(2): 123–128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17642587>. Accessed February 2, 2020.
15. Gobbens RJ, Schols JM, van Assen MA. Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1739-1752. Accessed October 19, 2017. doi:10.2147/CIA.S130686
16. Woo J, Leung J, Morley JE. Validating the SARC-F: a suitable community screening tool for sarcopenia?. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(9):630-634. doi:10.1016/j.jamda. 2014. 04.021
17. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมแบบครบวงจร. กรุงเทพฯ: บริษัท ไชเบอร์พริ้นท์กรุ๊ป จำกัด; 2562. จาก <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual - guideline/manual-guideline-table>. เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2565
18. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3): M 146-156. doi:10.1093/gerona/56.3.m146.
19. Delbari A, Zanjari N, Momtaz YA, Rahim F, Saeidimehr S. Prevalence of frailty and associated socio-demographic factors among community-dwelling older people in southwestern Iran: a cross-sectional study. *J Diabetes Metab Disord*. 2021;20(1):601-610. Accessed March 31, 2021. doi:10.1007/s40200-021-00787-2.
20. Cheung SL, Krijnen WP, van der Schans CP, Hobbelen JSM. Frailty, Quality of Life, and Loneliness of Aging in Native and Diasporic Chinese Adults. *J Frailty Aging*. 2022; 3: 1-10. doi.org/10.14283/jfa.2022.27.
21. Rachel AM, Edward HI, Qiang Z, Robert MB, Peggy MC, Anne BN, et al. Transition to Sarcopenia & Determinants of Transitions in Older Adults : A Population - Based Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014; 69(6): 751-758. doi:10.1093/gerona/glt131.
22. Malmstrom TK, Miller DK, Simonsick EM, Ferrucci L, Morley JE. SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016;7(1):28-36. doi:10.1002/jcsm.12048
23. Shige Q, Peng Y, Han Z, Qingjun Z, Yize X, Ying D, et al. Prevalence of Dementia in China in 2015: A Nationwide Community - Based Study. *Front Public Health*. 2021; 2(9): 1-11. doi: 10.3389/fpubh.2021.733314.
24. Kala MM, Gwen WY. Systematic review of dementia prevalence and incidence in United States race/ethnic populations. *Alzheimer Dement*. 2017; 13(1): 72-83. doi: 10.1016/j.jalz.2016.06.2360.

การอ้างอิง

เบญจมาศ ศิริกมลเสถียร, ศรัญญา วงศ์คำปิ่น, รัชนิกรณ์ ณ ถลาง, กนกวรรณ ไชยลาภ. ระบาดวิทยาของภาวะเปราะบาง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*. 2567; 6(2): 63-74. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/260380>

Sirikamonsathian B., Wongkumpun S., Na Thalang R., Chailarp K. Epidemiology of Frailty, Sarcopenia, Dementia among Community - Dwelling Older Persons in Lak Si District, Bangkok. *J Chulabhorn Royal Acad*. 2024; 6(2): 63-74. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/260380>

Online Access

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/260380>

