



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี¹

Factors Relating to Frailty among community-dwelling Elderly in Ubon Ratchathani Province¹

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์² สุนันทา ครองยุทธ² สุदारักษ์ ประสาร² อรทัย บุญชูวงศ์²

Nattanun Kumpiriyapong² Sunanta Krongyuth² Sudarat Prasan² Orathai boonchuwong²

¹ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Corresponding author, Nattanun Kumpiriyapong; Email: nattanun.k@ubu.ac.th

Received: March 27, 2023 Revised: November 23, 2023 Accepted: February 29, 2024

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เจ็บป่วยรุนแรง และฟื้นตัวล่าช้า แต่หากตรวจพบได้ในช่วงแรกเริ่ม และได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก็อาจช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะเปราะบางได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 148 คน สุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะเปราะบาง แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary Logistic Regression) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.60 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 31.80 เริ่มมีเปราะบาง และร้อยละ 21.60 ไม่มีภาวะเปราะบาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ และ เพศ ดังนั้น กิจกรรมการป้องกันและลดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุซึ่งสามารถทำได้หลากหลายวิธีจึงควรนำมาใช้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน สามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตัวเองได้

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; ภาวะเปราะบาง; ผู้สูงอายุในชุมชน



Factors Relating to Frailty among community-dwelling Elderly in Ubon Ratchathani Province¹

Nattanun Kumpiriyapong² Sunanta Krongyuth² Sudarat Prasan² Orathai boonchuwong²

²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Corresponding author: Nattanun Kumpiriyapong; Email: nattanun.k@ubu.ac.th

Received: March 27, 2023 **Revised:** November 23, 2023 **Accepted:** February 29, 2024

Abstract

Frail older people have a high risk of premature death, serious illness, and delayed recovery. However, if frailty is detected in the beginning and managed appropriately, it can be preventable and slowly progress. The purposes of this descriptive correlation study were to examine the prevalence of frailty and factors relating to frailty in community-dwelling elderly. One hundred and forty-eight participants were recruited from the community-dwelling elderly in the Ubon Ratchathani Province by multi-stage sampling. Data were collected by questionnaires to assess personal information, frailty, and health literacy. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis. The results revealed that 46.60% of the participants had frailty syndrome, while 31.80% of them was pre-frail, and 21.60% was non-frail. Regarding the factors relating to frailty among the elderly in this study, it was found that age and gender were statistically significant factors. Therefore, interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults should be implemented for each group of them in order to improve a good quality of life and promote their independence.

Keywords: relating factor; frailty; community-dwelling elderly

ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โดยพบว่าในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society)” เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในอีก 1-2 ปีข้างหน้า จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุ มากเป็นอันดับ 4 ของประเทศไทย และมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.96 ของประชากรทั้งหมด¹ ซึ่งถือได้ว่าจังหวัดอุบลราชธานี เป็นสังคมสูงอายุ (aged society) ภาวะเปราะบาง (erailty) เป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมผู้สูงอายุ โดยภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่เกี่ยวกับการลดลงของพลังงานสำรอง (body reserve) และความสามารถในการตอบสนองของสิ่งกระตุ้นในร่างกาย (stressors) ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งภาวะเปราะบางสามารถประเมินได้จากลักษณะอาการ 3 ใน 5 อย่างขึ้นไป ได้แก่ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (unintentional weight loss) 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 3) ความรู้สึกหมดแรง (exhaustion) 4) เดินช้าลง (low walking speed) และ 5) การทำกิจกรรมทางกายลดลง (low physical activity)³

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย จากการศึกษาพบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นภาวะเปราะบางจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น⁴ และภาวะเปราะบางจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่ออายุ 80 ปี³ เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง⁵ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง⁶ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะสัมพันธ์กับความเสื่อมทางด้านร่างกาย การรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิต⁷ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงจะชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้⁸ ซึ่งการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้มีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน⁹

ภาวะเปราะบางส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้มีภาวะเปราะบาง มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ของภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้ม (falls) ภาวะพึ่งพา (disability) การรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต⁶ ผลกระทบด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง แยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจพบว่า ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้นจากการเกิดภาวะพึ่งพา จากภาวะเปราะบาง ส่งผลให้ต้องการการดูแลในระยะยาว⁵ ดังนั้นผู้สูงอายุควรต้องมีการประเมินความเสี่ยงภาวะเปราะบาง และให้การดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเปราะบางขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์⁶ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบด้านต่าง ๆ ได้

อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ทางสุขภาพกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค¹⁰ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่สำคัญในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเปราะบางว่าเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ โรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้จากแนวคิดของ Fried et al.³ กล่าวว่า ภาวะเปราะบางไม่ใช่โรคแต่เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างกลางของความสามารถในการทำงานได้กับภาวะไร้ความสามารถและอยู่ระหว่างความมีสุขภาพดีกับความเป็นโรค มีการลดลงของพลังงานสำรองในหลาย ๆ ระบบของร่างกายอย่างต่อเนื่อง พบมากตามอายุที่มากขึ้น ประเมินได้จากการมีอาการหรืออาการแสดงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปจาก 5 อย่าง คือ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัม หรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (unintentional weight loss) 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 3) ความรู้สึกหมดแรง (exhaustion) 4) เดินช้าลง (low walking speed) และ 5) การทำกิจกรรมลดลง (low physical activity)³ ซึ่งอาการทางคลินิกเหล่านี้สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้

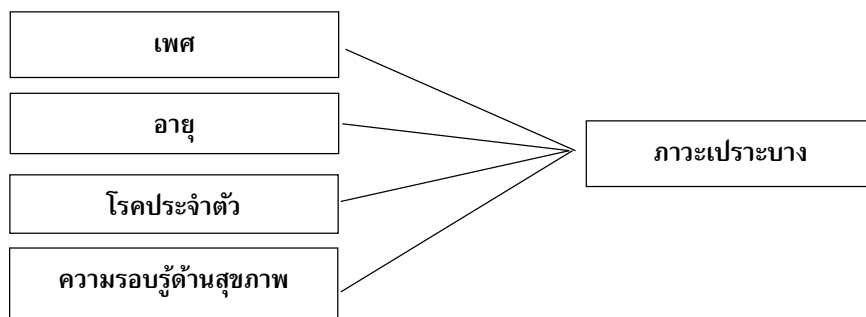
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง จากการศึกษพบว่า จากการศึกษพบว่าภาวะเปราะบางจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7 และเมื่อมีอายุ 80 ปี ขึ้นไป คาดว่าจะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นร้อยละ 30³

เพศ จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง⁵

โรคประจำตัว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะส่งผลต่อความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายซึ่งทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว⁵

ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health Literacy) ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ⁶



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

1. สามารถอ่านออก สือสารได้ หรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้
2. สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากการใช้แบบสอบถามสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai

2002)

4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือเสียชีวิต
2. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น โกรธ ก้าวร้าว โวยวาย ที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายแก่บุคคลอื่น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ด้วยการกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) มีความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ($r=0.25$) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 123 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹¹ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 148 คน

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นตอนที่ 1 ทำการสุ่มอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี 25 อำเภอ มาจำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอตระการพืชผล อำเภอเดชอุดม อำเภอนาจะหลวย และอำเภอนาตาล ขั้นตอนที่ 2 เมื่อได้อำเภอตัวอย่างแล้ว สุ่มเลือกตำบลในอำเภอที่สุ่มได้มาอำเภอละ 1 ตำบล ได้แก่ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง ตำบลนาพัน อำเภอตระการพืชผล ตำบลนากระแซง อำเภอเดชอุดม ตำบลโสภณ อำเภอนาจะหลวย และตำบลพะลาน อำเภอนาตาล ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกหมู่บ้านในตำบลที่สุ่มได้มาตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านหนองมะนาว ตำบลขามใหญ่ จำนวน 34 คน บ้านนาพัน ตำบลนาพัน จำนวน 44 คน บ้านนากระแซง ตำบลนากระแซง จำนวน 42 คน บ้านทุ่งเพียง ตำบลโสภณ จำนวน 15 คน และบ้านปากแซง ตำบลพะลาน จำนวน 13 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย (subject selection and allocation) ตามเกณฑ์คัดเข้า จนครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (mini-mental state examination-Thai version: MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข¹² ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่มีภาวะสูญเสียการทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับปัญญา สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในทุกระดับการศึกษา แผลผลจากคะแนนรวมจากข้อคำถามทั้งหมด 11 คำถามแบ่งจุดตัดคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมตามระดับของการศึกษา เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ≤ 14 คะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9, 10) ระดับประถมศึกษา ≤ 17 คะแนนเต็ม 30 คะแนน ระดับสูงกว่าประถมศึกษา ≤ 22 คะแนนเต็ม 30 คะแนน



2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้ยา การมีโรคประจำตัว และการพักฟื้นในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา

2.2 แบบสอบถามภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ สุพรรณิ ใจดี⁵ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Fried และคณะ โดยภาวะเปราะบางสามารถประเมินได้จาก 3 ใน 5 อาการดังต่อไปนี้ 1. น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัมหรือมากกว่า ร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (weight loss) 2. ภาวะหมดแรง (exhaustion) 3. ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 4. การเดินช้าลง (low walking speed) และ 5. การทำกิจกรรมทางกายลดลง (low physical activity) แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การประเมินน้ำหนักตัวลดลง (weight loss) เป็นการประเมินโดยการถามคำถามใน 1 ปีที่ผ่านมา น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 4.5 กิโลกรัม (10 ปอนด์) โดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่หรือน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนไม่มีการลงบันทึกในส่วนของน้ำหนักตัวในปีที่ผ่านมา จึงใช้คำถามจากแบบประเมิน CES-D Depression Scale (โดยถามคำถามผู้สูงอายุ บ่อยแค่ไหนใน 1 สัปดาห์ที่ท่านรู้สึก “ไม่ชอบรับประทานอาหารหรือความอยากอาหารลดลง”)

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่รู้สึกเลยใน 1 สัปดาห์ 1 คะแนน รู้สึกเล็กน้อยหรือบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน รู้สึกแบบนี้ปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3 คะแนน รู้สึกแบบนี้เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลจากคะแนนรวมของข้อคำถามการแปลผล ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่าภาวะเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ได้คะแนนรวม 2-3 คะแนน ให้ 1 คะแนน ได้คะแนนรวม 0-1 คะแนน ให้ 0 คะแนน

องค์ประกอบที่ 2 การประเมินภาวะหมดแรง (exhaustion) เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองใช้คำถามจากแบบประเมิน CES-D depression Scale ใน 2 ข้อ โดยถามคำถามผู้สูงอายุ บ่อยแค่ไหนใน 1 สัปดาห์ที่ “คุณรู้สึกว่ากิจกรรมทุกอย่างที่ท่านทำไปด้วยความยากลำบาก” และ “คุณรู้สึกว่าไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้”

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่รู้สึกเลยใน 1 สัปดาห์ 1 คะแนน รู้สึกเล็กน้อยหรือบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน รู้สึกแบบนี้ปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์) และ 3 คะแนน รู้สึกแบบนี้เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) โดยคะแนนได้จากเมื่อผู้สูงอายุตอบข้อใดข้อหนึ่งใน 2 ข้อย่อย แล้วได้คะแนน 2 หรือ 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลจากคะแนนรวมของข้อคำถามการแปลผล ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่าภาวะเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ได้คะแนนรวม 2-3 คะแนน ให้ 1 คะแนน ได้คะแนนรวม 0-1 คะแนน ให้ 0 คะแนน

องค์ประกอบที่ 3 ประเมินภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) โดยประเมินจากการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือ (hand grip strength) เป็นการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยเครื่องทดสอบ Hand grip dynamometer

**เกณฑ์การแปลผลคะแนน**

ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้ชาย		ค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้หญิง	
BMI	Hand grip strength	BMI	Hand grip strength
$\leq 24 \text{ kg/m}^2$	$\leq 29 \text{ kg.}$	$\leq 23 \text{ kg/m}^2$	$\leq 17 \text{ kg}$
$24.1 - 26 \text{ kg/m}^2$	$\leq 30 \text{ kg.}$	$23.1 - 26 \text{ kg/m}^2$	$\leq 17.3 \text{ kg.}$
$26.1 - 28 \text{ kg/m}^2$	$\leq 31 \text{ kg.}$	$26.1 - 29 \text{ kg/m}^2$	$\leq 18 \text{ kg.}$
$> 28 \text{ kg/m}^2$	$\leq 32 \text{ kg.}$	$> 29 \text{ kg/m}^2$	$\leq 21 \text{ kg}$

เกณฑ์การให้คะแนน จากการแปลผลคะแนนของค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กรณีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ได้คะแนน 0 คะแนน ค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้คะแนน 1 คะแนน

องค์ประกอบที่ 4 การเดินช้าลง (low walking speed) เป็นแบบทดสอบการทรงตัวจากการเคลื่อนไหวและการเดิน (time up and Go Test: TUGT) โดยผู้วิจัยจะเดินไปข้างๆ ขณะผู้ร่วมวิจัยทำการทดสอบการเดิน และนำระยะเวลาที่มีหน่วยเป็นวินาทีโดยทำการทดสอบทั้งหมด 2 ครั้ง เลือกระยะเวลาที่ทดสอบที่ได้ค่าดีที่สุด นำระยะเวลาที่ได้มาเปรียบเทียบกับเพศและส่วนสูงของผู้ทดสอบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน**ค่าปกติในผู้ชาย**

- ส่วนสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 173 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที
- ส่วนสูงมากกว่า 173 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 6 วินาที

ค่าปกติในผู้หญิง

- ส่วนสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 159 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที
- ส่วนสูงมากกว่า 159 เซนติเมตร เวลาที่ใช้ในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 6 วินาที

เกณฑ์การให้คะแนน จากการแปลผลคะแนนของค่าระยะเวลาของการทรงตัวจากการเคลื่อนไหวและการเดิน ระยะเวลาที่ได้เมื่อเทียบกับเพศและอายุผิดปกติ ให้ 1 คะแนน ซึ่งถือว่ามีความเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ค่าปกติ	ได้คะแนน 0 คะแนน	ค่าผิดปกติ	ได้คะแนน 1 คะแนน
---------	------------------	------------	------------------

องค์ประกอบที่ 5 การทำกิจกรรมทางกายลดลง (Low physical activity) มีคำถามที่ครอบคลุมทุกกิจกรรมทางกาย คำถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานบ้าน การออกกำลังกายในช่วงระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำมาหาค่ากิจกรรมทางกาย ซึ่งคำนวณจากสูตร MET-minute week ค่าพลังงานที่ใช้ใน 1 สัปดาห์ แบ่งตามเพศ

เกณฑ์การให้คะแนน ในเพศชายน้อยกว่า 383 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน ส่วนเพศหญิงน้อยกว่า 270 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน จากการให้คะแนนกรณีได้ 1 คะแนน ถือว่ามีความเปราะบางขององค์ประกอบนี้ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ได้คะแนน 1 คะแนน การทำกิจกรรมทางกายลดลง

ได้คะแนน 0 คะแนน การทำกิจกรรมทางกายไม่ลดลง



เกณฑ์การแปลผลภาวะเปราะบาง จากการประเมินครบทั้ง 5 องค์ประกอบ แปลผลภาวะเปราะบาง ดังนี้

ระดับภาวะเปราะบาง	คะแนน
ไม่มีภาวะเปราะบาง (Non - Frailty)	0 คะแนน
เริ่มมีภาวะเปราะบาง (Pre - Frailty)	1-2 คะแนน
มีภาวะเปราะบาง (Frailty)	3 คะแนนขึ้นไป

2.3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand Health Literacy Scales) ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป (General health literacy scales) ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง¹³ ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป มีกลุ่มข้อคำถาม จำนวน 5 องค์ประกอบ จำนวน 47 ข้อ ได้แก่ 1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ 5. การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพ จากการประเมินครบทั้ง 5 องค์ประกอบ นำคะแนนทั้ง 5 องค์ประกอบที่ได้มาแปลผล ดังนี้

ความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ	น้อยกว่า 141 คะแนน
ความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้	141-187.99 คะแนน
ความรู้ด้านสุขภาพดีมาก	มากกว่า 188 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย และแบบสอบถามภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความเที่ยงก่อนไปใช้จริง โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพคนไทย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ เท่ากับ 0.95 ส่วนแบบสอบถามภาวะเปราะบางคำนวณหาความเที่ยง เนื่องจากข้อลักษณะเครื่องมือและการให้คะแนนที่แบ่งการให้คะแนนเป็นช่วง จึงประเมินความเที่ยงโดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วม (Inter-rater method) โดยใช้ผู้ประเมิน 2 คน ทำการประเมินไปพร้อมกัน โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกันจากนั้นนำค่าที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-19/2563 รับรองเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2563 การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่บังคับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ชุมชนตำบลขามใหญ่ ชุมชนตำบลนาพิน ชุมชนตำบลนากระแซง ชุมชนตำบลโสภณ และชุมชนตำบลพะลาน โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการลงพื้นที่หมู่บ้าน



เพื่อพบกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการวิจัยครั้งนี้

3. ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับความยินยอม

4. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

ดำเนินการตามขั้นตอน ระหว่าง เดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2563 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด จำนวน 148 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการใช้ยา การมีโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพักรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความชุกของภาวะเปราะบาง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ 1. ไม่มีภาวะเปราะบาง 2. เริ่มมีภาวะเปราะบาง 3. มีภาวะเปราะบาง โดยใช้ ร้อยละ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การมีโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 70 ปี ($SD=7.08$) เป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 40.5 และเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 59.5 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 84.5 ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.9 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 45.9 รองลงมาคือระดับยังไม่ดีพอ ร้อยละ 29.1 และระดับดีมาก จำนวน 37 คน ร้อยละ 25 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความชุกของของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ความชุกของของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 21.6 เริ่มมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 31.8 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 46.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของความชุกของของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ($n = 148$)

ภาวะเปราะบาง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะเปราะบาง	32	21.6
เริ่มมีภาวะเปราะบาง	47	31.8
มีภาวะเปราะบาง	69	46.6



จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ช่วงอายุ 90 ปี ขึ้นไป มีภาวะเปราะบางสูงที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 73.7 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 64.9 และช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 38.6 ตามลำดับ

เพศ พบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงพบภาวะเปราะบางร้อยละ 57.9 และเพศชายพบภาวะเปราะบางร้อยละ 30

โรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 51 และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 37 ตามลำดับ

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ดีพอ เกิดภาวะเปราะบางมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้ เกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 50 และผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีมาก เกิดภาวะเปราะบาง ร้อยละ 35.1 ตามลำดับ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของภาวะเปราะบางจำแนกตามอายุ เพศ โรคประจำตัว และความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 148)

ปัจจัย	ไม่เปราะบาง (n = 32)	ก่อนเปราะบาง (n = 47)	เปราะบาง (n = 69)	รวม (n = 148)
อายุ				
60-69 ปี	12 (17.1%)	31 (44.3%)	27 (38.6%)	70 (100%)
70-79 ปี	4 (7%)	16 (28.1%)	37 (64.9%)	57 (100%)
80-89 ปี	1 (5.3%)	4 (21%)	14 (73.7%)	19 (100%)
90 ปี ขึ้นไป	0	0	2 (100%)	2 (100%)
เพศ				
ชาย	21 (35%)	21 (35%)	18 (30%)	60 (100%)
หญิง	11 (12.5%)	26 (29.6%)	51 (57.9%)	88 (100%)
โรคประจำตัว				
มีโรคประจำตัว	20 (19.6%)	30 (29.4%)	52 (51%)	102 (100%)
ไม่มีโรคประจำตัว	12 (26%)	17 (37%)	17 (37%)	46 (100%)
ระดับความรู้ด้านสุขภาพ				
ความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ดีพอ	5 (11.6%)	16 (37.2%)	22 (51.2%)	43 (100%)
ความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้	19 (27.9%)	15 (22.1%)	34 (50%)	68 (100%)
ความรู้ด้านสุขภาพดีมาก	8 (21.6%)	16 (43.3%)	13 (35.1%)	37 (100%)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การมีโรคประจำตัว ความรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression เนื่องจากผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ 1. ไม่มีภาวะเปราะบาง 2. มีภาวะเปราะบาง โดยก่อนการวิเคราะห์มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Proportional odds assumption) โดยใช้การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วย Hosmer and Lemeshow Test พบว่า แบบจำลองมีค่า sig = .722 ซึ่งมากกว่า .05 จึงสามารถใช้สถิติ Binary Logistic Regression เพื่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ ค่าความแปรปรวนของโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี



เท่ากับ 32% (Nagelkerke R Square = .32)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($B = .174$ S.E. = .045 Wald = 15.286 $p < .05$ EXP(B) = 1.190) เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($B = 1.667$ S.E. = .475 Wald = 12.473 $p < .05$ EXP(B) = 5.351) ส่วนการมีโรคประจำตัวและความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การมีโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Wald	p-value	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
เพศ (หญิง*)	1.677	.475	12.473	.000	5.351	2.110	13.573
อายุ	.174	.045	15.286	.000	1.190	1.091	1.299
การมีโรคประจำตัว	.174	.199	.763	.383	1.190	.806	1.757
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.301	.327	.847	.357	.740	.390	1.405
Constant	-13.313	3.284	16.432	.000	.000		

Nagelkerke R Square = .32 ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 46.6 และเริ่มมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 31.8 และไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 21.6 จากผลการศึกษาที่มีความแตกต่างจากการศึกษาของ สุพรรณิ ใจดี⁵ ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 32.14 กลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 26.49¹⁴ ผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าภาวะเปราะบางมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย และยังพบว่าในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันของความชุกภาวะเปราะบางเช่นเดียวกัน โดยการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศญี่ปุ่น พบภาวะเปราะบางร้อยละ 74.5⁸ ผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศไต้หวัน พบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 2.99⁶ ประเทศเปรู พบความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 27.8¹⁵ ผลการศึกษาแต่ละพื้นที่ที่มีความชุกของภาวะเปราะบางแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง รวมถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม ลักษณะของพื้นที่ที่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ โรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($B = 1.667$ S.E. = .475 Wald = 12.473 $p < .05$ EXP(B) = 5.351) โดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิง



พบภาวะเปราะบางร้อยละ 57.9 และเพศชายพบภาวะเปราะบางร้อยละ 30 ซึ่งเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านสรีรวิทยา มีบุคลิกภาพ บทบาทที่ถูกสร้างจากสังคม กิจกรรมและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยเพศชายจะมีความแข็งแรงทางโครงสร้างร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงจะมีความอ่อนแอ มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย¹⁶ โดยกลุ่มตัวอย่างพบว่าเพศหญิงมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.8 เพศชายมีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.6 สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศโดยพบว่าเพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย 3 และประเทศญี่ปุ่น พบภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงพบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 75.37 และเพศชาย ร้อยละ 71.03⁵ ซึ่งจะแตกต่างจากการศึกษาของ สุพรรณิ ใจดี⁵ ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 33.91 และในเพศหญิง ร้อยละ 31.48 ในผู้สูงอายุอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง พบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 30.4 เพศหญิง ร้อยละ 23.3¹⁴ และจากการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน ประเทศไต้หวัน พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 4.05 เพศหญิง ร้อยละ 1.95⁶

อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($B = .174$ S.E. = .045 Wald = 15.286 $p < .05$ EXP(B) = 1.190) เนื่องมาจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะมีความเสื่อมของโครงสร้างร่างกาย การสะสมความบกพร่องของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจากการทำงานในอดีตที่ผ่านมา และระบบทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุเสื่อมสภาพลงตามอายุรวมทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางตามมา¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาวะเปราะบางในประเทศไทย ที่พบว่า โอกาสในการเกิดภาวะเปราะบางจะเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{5,16} และจากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ภาวะเปราะบางจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น⁴ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น¹⁸ และภาวะเปราะบางจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่ออายุ 80 ปี³

โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 27.7 และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมาเพียง ร้อยละ 25.5 หมายถึงผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมอาการของโรคได้โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวพบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 51 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว พบภาวะเปราะบางเพียง ร้อยละ 37 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Runzer-Colmenares และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว¹⁵ ทั้งนี้เนื่องจากโรคประจำตัวจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางได้

ความรู้ด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพยังไม่ดีพอ เกิดภาวะเปราะบางมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ได้ มีภาวะเปราะบางร้อยละ 50 และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีมาก ร้อยละ 35.1 ตามลำดับ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ¹³ ซึ่งกลุ่มวัยสูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ สิ่งใหม่ลดลง



และยังอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้วางใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองอันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด¹⁹ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ⁶ ที่พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (OR 2.51, 95%CI=1.32–4.77) โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงจะชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้⁸

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ ดังต่อไปนี้

1. นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับส่งเสริมสุขภาพและลดการเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น การหกล้ม ภาวะพึ่งพา และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ
2. นำความรู้เรื่องภาวะเปราะบางและผลการวิจัยไปใช้ในการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะเปราะบาง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563

References

1. National Statistical Office. The 2021 survey of The older persons in Thailand. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society;2022.(in Thai)
2. Institute of Geriatrics Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for geriatric syndromes care. Nonthaburi: IS AUGUST;2015.(in Thai)
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences. 2001;56(3):146–57.
4. Chen LJ, Chen CY, Lue BH, Tseng MY, Wu SC. Prevalence and associated factors of frailty among elderly people in Taiwan. International Journal of Gerontology 2014;8(3):114–9.
5. Jaidee S, Sasat S. A study of frailty in older people resided in community, Bangkok. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3):117–35.(in Thai)
6. Huang CH, Lai YC, Lee YC, Teong XT, Kuzuya M, Kuo KM. Impact of health literacy on frailty among community-dwelling seniors. Journal of Clinical Medicine 2018;7(12):418–28.
7. Smith SG, O’Conor R, Curtis LM, Waite K, Deary IJ, Paasche-Orlow M, et al. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. Journal Epidemiology and Community Health 2015;69(5):474–80.
8. Shirooka H, Nishiguchi S, Fukutani N, Adachi D, Tashiro Y, Hotta T, et al. Association between comprehensive health literacy and frailty level in community-dwelling older adults: A cross-sectional



- study in Japan. *Geriatrics and Gerontology International* 2017;17(5):804–9.
9. Roojanavech S, Chatdokmaiprai K. The effects of health literacy development program with family participation of overweight primary school students in Nakhon Pathom Province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2020;48(3):591–610.(in Thai)
 10. Ginggeaw S, Prasertsri N. The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2016;25(3):43–54. (in Thai)
 11. Polit GF, Hungler BP. *Nursing research principles and medthod*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott;1999.
 12. Institute of Geriatric medicine. Mini-mental state examination–Thai version 2002 (MMSE–Thai 2002). Bangkok: Ministry of Public Health;1999.(in Thai)
 13. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales. Bangkok: Behavioral Science Research Institute (BSRI), Srinakharinwirot University;2017.(in Thai)
 14. Boribun N, Lerttrakarnnon P, Siviroy P. Prevalence and associated factors of the frailty among community-dwelling elders in Sermngam district, Lampang province. *Journal Medicine and Health Sciences* 2017;24(1):45–54.(in Thai)
 15. Runzer-Colmenares FM, Samper-Ternent R, Al Snih S, Ottenbacher KJ, Parodi JF, Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2014;58(1):69–73.
 16. Netchan P, Thato R, Sasat S. Selected factors related to frailty older persons in public residential home. *Journal of The Police Nurses* 2019;11(1):61–72.(in Thai)
 17. Suwanpasu S. Aging, deficit accumulation and frailty. In: Praditpornsilpa K, editor. *Textbook of geriatric medicine*. Bangkok: Rungsilp Printing (1977);2018.35–51.(in Thai)
 18. Ng TP, Feng L, Nyunt MSZ, Larbi A, Yap KB. Frailty in older persons: multisystem risk factors and the frailty risk index (FRI). *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15(9):635–42.
 19. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of health science research* 2015;9(2):1–8.(in Thai)