ปัจจัยชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี

Biopsychosocial Factors Associated with Frailty among Older Adults in the Service Area of a Primary Care Unit in Nonthaburi Province

รัฐกานต์ ขำเขียว[1], สุภาภรณ์ ศรีฟ้า[1]
Ruttakarn Kamkhiew[1], Supaporn Srifa[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
[1]Faculty of Nursing, Siam University
Corresponding author: Supaporn Srifa; Email: Supaporn.srif@siam.edu
Received: March 24, 2026 **Revised:** July 12, 2026 **Accepted:** August 13, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การพลัดตกหกล้ม ความพิการ และการเสียชีวิต โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่อง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 148 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัจจัยทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS-15) และแบบประเมินภาวะเปราะบาง (FRAIL Scale) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบความสัมพันธ์ และการถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดภาวะเปราะบางเป็นตัวแปรตามแบบทวิภาค คือ 0 = ไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง และ 1 = เปราะบาง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.90) มีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 50.00) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.80) ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุและดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในแบบจำลองสุดท้าย ผลการศึกษาบ่งชี้ถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการประเมินปัจจัยทางสังคม เพื่อนำผลมาใช้ในวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท; ปัจจัยชีวจิตสังคม; ผู้สูงอายุ; ภาวะเปราะบาง; สถานบริการปฐมภูมิ

Biopsychosocial Factors Associated with Frailty among Older Adults in the Service Area of a Primary Care Unit in Nonthaburi Province

Ruttakarn Kamkhiew[1], Supaporn Srifa[1]
[1]Faculty of Nursing, Siam University
Corresponding author: Supaporn Srifa; Email: Supaporn.srif@siam.edu
Received: March 24, 2026 **Revised:** July 12, 2026 **Accepted:** August 13, 2026

Abstract

Frailty among older adults is a major public health concern that increases the risk of illness, falls, disability, and mortality, particularly in semi-urban and semi-rural areas where social conditions and ways of life are continuously changing. This study aimed to examine biopsychosocial factors associated with frailty among older adults in the service area of a primary care unit in Nonthaburi Province. This study used an analytical cross-sectional design. The participants consisted of 148 older adults selected by a convenience sampling technique from those residing in the service area of a primary care unit in Nonthaburi Province. The research instruments included a demographic questionnaire, a social factors assessment, the Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the FRAIL Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, bivariate analysis, and logistic regression. Frailty was defined as a binary outcome for logistic regression analysis, coded as 0 = non-frail/pre-frail and 1 = frail. The results showed that most participants were female (70.9%), aged 60-69 years (50.0%), and had underlying diseases (81.8%). Logistic regression analysis showed that depressive symptoms and social factors were significantly associated with frailty, whereas age and body mass index were not significantly associated in the final model. In conclusion, the findings of this study indicate the importance of screening for depression and assessing social factors to develop an effective care plan for the frail older population.

Keywords: biopsychosocial factors; frailty; older adults; primary care unit; semi-urban and semi-rural community

ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุข หนึ่งในกลุ่มอาการที่ได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบันคือ ภาวะเปราะบาง (frailty) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมถอยของระบบทางสรีรวิทยาหลายระบบ ทำให้ความสามารถของร่างกายในการปรับตัวต่อความเครียดหรือภาวะเจ็บป่วยลดลง[1] ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความพิการ และการเสียชีวิตเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป[2] นอกจากนี้ ภาวะเปราะบางยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเพิ่มภาระต่อครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ และสังคมโดยรวม[3]

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอาการที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในประชากรสูงวัย การศึกษาระดับนานาชาติที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประชากรจาก 62 ประเทศ พบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีอยู่ประมาณร้อยละ 12.0 เมื่อใช้เกณฑ์การประเมินแบบ physical frailty และมีประมาณร้อยละ 24.0 เมื่อใช้ frailty index ขณะที่ภาวะก่อนเปราะบางพบได้สูงถึงประมาณ ร้อยละ 46.0–49.0 ของผู้สูงอายุทั้งหมด[4] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะเปราะบางเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้อย่างแพร่หลายในผู้สูงอายุทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงวัย

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การมีโรคเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม[5-6] โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งต้องพึ่งพาการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่มีลักษณะซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายมิติ แนวคิด ชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ที่เสนอโดย Engel อ้างใน ชนิดา อนุพัฒน์ และคณะ[7] อธิบายว่าการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมร่วมกัน[7] โดยปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น การมีโรคเรื้อรัง และการเสื่อมของร่างกายเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ[8] ขณะเดียวกัน ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด หรือการรับรู้สุขภาพของตนเอง ก็มีส่วนทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง[9]

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของวัยและรักษาความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีกว่า[10-11] ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น[12]

ในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงของการใช้ชีวิตอย่างรวดเร็วตามการขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่นของแรงงาน และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องเผชิญกับการลดลงของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน[5,13] ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในภาพรวม หรือศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพกาย จิตใจ หรือสังคมเป็นรายด้าน อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่พิจารณาปัจจัยชีวจิตสังคมร่วมกันในบริบทผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ[14] ทั้งนี้ พื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวิถีชีวิตที่หลากหลาย เช่น การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว การย้ายถิ่นของสมาชิกวัยแรงงาน การลดลงของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และข้อจำกัดบางประการในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุได้

จังหวัดนนทบุรีเป็นพื้นที่ปริมณฑลมีลักษณะผสมผสานระหว่างสังคมเมืองและชนบท ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งจึงอาจเผชิญบริบททางสุขภาพและสังคมที่แตกต่างจากพื้นที่เมืองหรือชนบทโดยตรง การศึกษาปัจจัยชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการคัดกรองภาวะเปราะบาง การประเมินปัจจัยด้านจิตใจและสังคม และการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

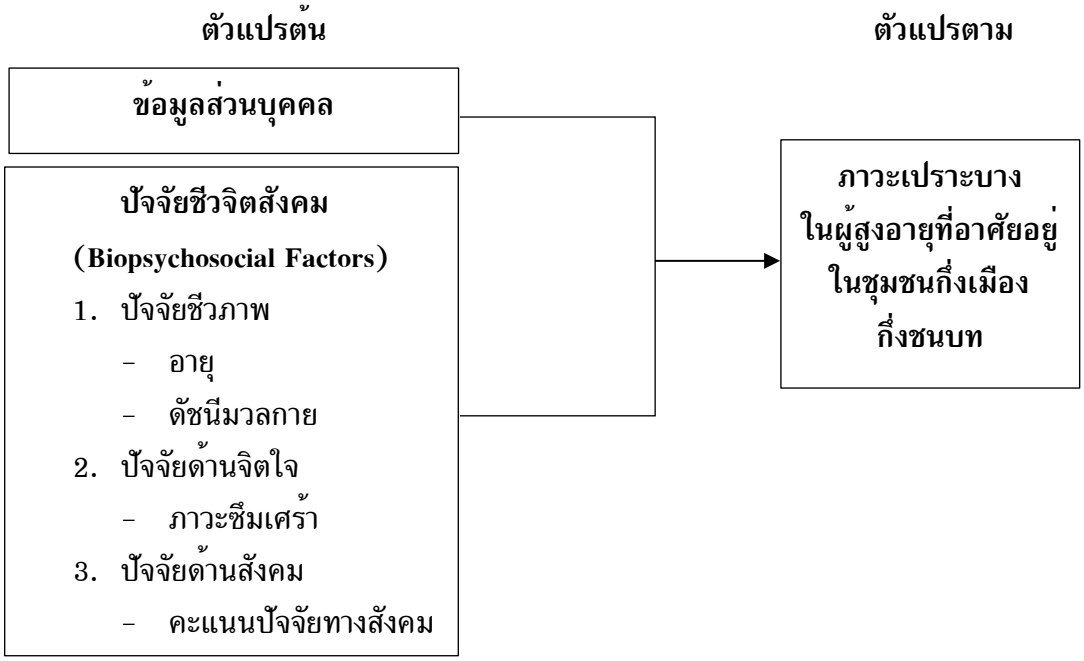
อายุที่เพิ่มขึ้น ดัชนีมวลกายที่ไม่เหมาะสม และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบาง ขณะที่ปัจจัยทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) ของ Engel อ้างใน ชนิดา อนุพัฒน์ และคณะ[7] ซึ่งอธิบายว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมร่วมกัน โดยปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพและภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น อายุ เพศ และโรคประจำตัว ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะทางอารมณ์ ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อ

การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์กับครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมมาใช้เป็นตัวแปรต้นในการศึกษา เพื่ออธิบายความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี โดยกำหนดให้ภาวะเปราะบางเป็นตัวแปรตาม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี และสามารถเข้าถึงได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 148 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนด การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยหลายตัวกับภาวะเปราะบาง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

มีค่อนข้างน้อย จึงอาจส่งผลต่อความเสถียรของค่าประมาณในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ประเด็นดังกล่าวจึงนำไปพิจารณาในการตีความผลการวิจัย และระบุไว้เป็นข้อจำกัดของการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี อย่างน้อย 6 เดือน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือโดยการสัมภาษณ์
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล
2. มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือการรับรู้ที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามเครื่องมือวิจัย
4. ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยชีวภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยผู้วิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย

2. แบบสอบถามปัจจัยทางสังคม (social factors questionnaire) แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินปัจจัยทางสังคมในภาพรวม มิใช่เฉพาะการสนับสนุนทางสังคม เนื้อหาครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม รวมจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1–5 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นแสดงถึงระดับปัจจัยทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง ปัจจัยทางสังคมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง ปัจจัยทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง ปัจจัยทางสังคมระดับสูง โดยแบบสอบถามปัจจัยทางสังคมผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับย่อ (Geriatric Depression Scale: GDS-15) ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะ

คำตอบเป็นแบบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–15 คะแนน โดย 0–5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6–10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ 11–15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงแนวโน้มภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

4. แบบประเมินภาวะเปราะบาง (FRAIL Scale)[15] ใช้สำหรับประเมินระดับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน ได้แก่ ความอ่อนล้า ความสามารถในการขึ้นบันได ความสามารถในการเดิน โรคประจำตัว และน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ แต่ละข้อให้คะแนน 0–1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–5 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เปราะบาง 1–2 คะแนน หมายถึง ก่อนเปราะบาง และ 3–5 คะแนน หมายถึง เปราะบาง ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผู้วิจัยจัดกลุ่มภาวะเปราะบางเป็นตัวแปรตามแบบทวิภาค โดยรวมกลุ่มไม่เปราะบางและก่อนเปราะบางเป็นกลุ่มอ้างอิง และกำหนดให้กลุ่มเปราะบางเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยชีวภาพ** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความชัดเจนของข้อคำถามร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2. **แบบสอบถามปัจจัยทางสังคม** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จึงนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพยาบาลอนามัยชุมชน ผลการตรวจสอบพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80 และค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79

3. **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับย่อ (GDS-15)** เป็นเครื่องมือมาตรฐานฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลตามแนวทางของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

4. **แบบประเมินภาวะเปราะบาง (FRAIL Scale)** เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลตามคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[15]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม และได้รับเอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเลขที่ SN-IRB 2568/004.31/07/68 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล โดยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไกรใน อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี

2. จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเน้นว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับบริการ

3. สำหรับผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินที่ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (GDS-15) และแบบสอบถามปัจจัยทางสังคม โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในเครื่องมือวิจัย หรือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในกรณีที่สามารถอ่านและตอบได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15–20 นาที

4. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกบันทึกโดยใช้รหัสแทนชื่อ และไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ในแบบบันทึกข้อมูล โดยเอกสารและข้อมูลการวิจัยถูกจัดเก็บไว้ในที่ปลอดภัย และมีเพียงผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

5. หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ควรได้รับการดูแลเพิ่มเติม ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการติดต่อหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านหรือบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ตามความเหมาะสม

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวจิตสังคมกับภาวะเปราะบางใช้การทดสอบความสัมพันธ์ตามระดับการวัดของตัวแปร และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางด้วยการถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดตัวแปรตามเป็นภาวะเปราะบางแบบทวิภาค คือ 0 = ไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง และ 1 = เปราะบาง ตัวแปรอิสระในแบบจำลอง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และ

คะแนนปัจจัยทางสังคม รายงานผลด้วยค่า odds ratio, adjusted odds ratio, ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีค่อนข้างน้อย ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในด้านความเสถียรของค่าประมาณในแบบจำลอง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 148 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 และเพศชาย ร้อยละ 29.1 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ อายุ 70–80 ปี ร้อยละ 46.6 และมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 3.4 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีคู่ ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ หม้าย หรือหย่าร้าง ร้อยละ 40.5 และโสด ร้อยละ 18.2 สำหรับระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.9 รองลงมาไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 17.6 และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 8.8 ในด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นผู้เกษียณอายุ รองลงมาเป็นเกษตรกรและค้าขายขนาดเล็ก ส่วนรายได้ครัวเรือนต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติถึงน้ำหนักเกิน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	43	29.1
หญิง	105	70.9
อายุ		
60–69 ปี	74	50.0
70–79 ปี	69	46.6
≥80 ปี	5	3.4
สถานภาพสมรส		
โสด	27	18.2
คู่	61	41.2
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	60	40.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	26	17.6
ประถมศึกษา	102	68.9
มัธยมศึกษา	13	8.8
ปวช./ปวส.	5	3.4
ปริญญาตรี	2	1.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	26.4
เกษตรกร	37	25.0
รับจ้าง	35	23.6

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	10.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	9.5
อื่น ๆ	7	4.7
รายได้ต่อเดือน		
<5,000 บาท	56	37.8
5,001–10,000 บาท	50	33.8
10,001–15,000 บาท	25	16.9
15,001–20,000 บาท	11	7.4
>20,000 บาท	6	4.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	27	18.2
มี	121	81.8
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
ต่ำกว่าเกณฑ์	15	10.1
ปกติ	103	69.6
น้ำหนักเกิน	30	20.3

ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยปัจจัยทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.81, SD=.26) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากัน (M=3.04) รองลงมาคือด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (M=2.93, SD=.54) และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (M=2.88, SD=.52) ส่วนด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (M=2.11, SD=.78) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยทางสังคมในผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม	M	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	3.04	0.45	ปานกลาง
ด้านการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	3.04	0.57	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	2.93	0.54	ปานกลาง
ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.67	0.46	ปานกลาง
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน	2.11	0.78	ต่ำ
ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	2.88	0.52	ปานกลาง
รวม	2.81	0.26	ปานกลาง

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน GDS-15 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 90.5) ขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 9.5 มีภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	134	90.5
มีภาวะซึมเศร้า	14	9.5

เมื่อประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน FRAIL scale พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มไม่เปราะบาง (ร้อยละ 72.3) รองลงมาคือกลุ่มก่อนเปราะบาง (ร้อยละ 20.9) และกลุ่มเปราะบาง (ร้อยละ 6.8) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

ภาวะเปราะบาง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เปราะบาง	107	72.3
ก่อนเปราะบาง	31	20.9
เปราะบาง	10	6.8

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวภาพ จิตใจ และสังคมกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และระดับปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นและมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างจากเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มอยู่ในกลุ่มภาวะเปราะบางมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเกิดภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านปัจจัยทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับปัจจัยทางสังคมต่ำมีสัดส่วนของภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับปัจจัยทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ตัวแปรโรคประจำตัวไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า และระดับปัจจัยทางสังคม จึงถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในขั้นตอนต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวภาพ จิตใจ และสังคมกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ศึกษา	χ^2	df	p-value	สรุปผล
อายุ	14.472	2	< .001*	มีความสัมพันธ์
ดัชนีมวลกาย	25.933	2	< .001*	มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัว	2.739	1	0.098	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะซึมเศร้า	19.978	1	< .001*	มีความสัมพันธ์
ระดับปัจจัยทางสังคม	23.703	1	< .001*	มีความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า แบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=40.896, df=4, p<.001) และมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hosmer–Lemeshow χ^2=4.068, df=7, p=.772) เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสอยู่ในกลุ่มภาวะเปราะบางที่เพิ่มขึ้น 2.55 เท่า (OR=2.550, 95% CI: 1.510–4.308, p<.001) ขณะที่ปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนนปัจจัยทางสังคมสูงมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่จะอยู่ในกลุ่มภาวะเปราะบางลดลง (OR = 0.023, 95% CI: 0.001–0.435, p=.012) ในขณะที่อายุและดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเปราะบางในแบบจำลองนี้ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาคของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95% CI
อายุ	0.987	1.050	0.884	1	.347	2.683	0.343–21.008
ดัชนีมวลกาย	–0.767	0.963	0.633	1	.426	0.465	0.070–3.069
ภาวะซึมเศร้า	0.936	0.267	12.250	1	< .001*	2.550	1.510–4.308
ปัจจัยทางสังคม	–3.757	1.492	6.343	1	.012*	0.023	0.001–0.435

หมายเหตุ: ตัวแปรตามคือภาวะเปราะบาง โดยกำหนดให้ 0=ไม่เปราะบาง/ก่อนเปราะบาง และ 1=เปราะบาง; OR=odds ratio; CI=confidence interval; อายุและดัชนีมวลกายวิเคราะห์ตามรหัสกลุ่มที่จัดไว้ในตารางที่ 1 ส่วนภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมวิเคราะห์จากคะแนนของแบบประเมิน

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุและดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในแบบจำลองสุดท้าย ผลดังกล่าวสะท้อนว่าภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตใจและสังคมร่วมกับปัจจัยด้านชีวภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวจิตสังคมที่อธิบายว่าสุขภาพของบุคคลเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายมิติ [5,14] แม้ว่าปัจจัยด้านอายุและดัชนีมวลกายจะเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มักถูกกล่าวถึงว่าเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง แต่ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของอายุและดัชนีมวลกายในแบบจำลองถดถอยโลจิสติกสุดท้าย การไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากหลายประการ ได้แก่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุค่อนข้างกระจุกตัว จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเปราะบางมีค่อนข้างน้อย และการนำตัวแปรหลายตัวเข้าสู่แบบจำลองถดถอยโลจิสติกอาจทำให้ค่าประมาณมีความไม่เสถียร ผลดังกล่าวจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และไม่ควรสรุปว่าอายุหรือดัชนีมวลกายไม่มีความสำคัญต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเปราะบาง และมีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในภาวะเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าผู้สูงอายุในชุมชนมักอยู่ในระยะก่อนเปราะบาง (pre-frailty) มากกว่าภาวะเปราะบางอย่างสมบูรณ์ [3,12] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีศักยภาพในการดำรงชีวิตใน

ชุมชน แต่มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะเปราะบางหากไม่ได้รับการดูแลหรือการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้น การคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะเปราะบางในระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในระยะก่อนเปราะบาง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนได้อย่างเหมาะสม[4] ซึ่งอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนต่อไป

ในด้านปัจจัยทางจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งรายงานว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย และสุขภาวะโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากวรรณกรรมว่า ภาวะซึมเศร้าอาจเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วัดพฤติกรรมดังกล่าวโดยตรง[11-12] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Soysal และคณะ[13] ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าและภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กันในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังอาจมีผลต่อระบบสรีรวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ฮอร์โมน และการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งล้วนเป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อความเครียดและเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น

ในด้านปัจจัยทางสังคม ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับภาวะเปราะบาง โดยผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพที่ดีกว่า[14,16] ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชนสัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อาจอธิบายได้จากวรรณกรรมว่า เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนอาจช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บริการสุขภาพ และความช่วยเหลือที่จำเป็นได้มากขึ้น[17-18] ในทางตรงกันข้าม การที่ผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือแยกตัวจากสังคม อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะเปราะบางได้ง่ายขึ้น[18]

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดนนทบุรี ผลดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบแนวคิดชีวจิตสังคมที่อธิบายว่าสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน[16-20] อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาจึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้โดยตรง แต่สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมินปัจจัยทางสังคม และการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรก การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยชีวจิตสังคมกับภาวะเปราะบางได้โดยตรง ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบสะดวกในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

จังหวัดนนทบุรี จึงอาจจำกัดการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่อื่น ประการที่สาม ข้อมูลบางส่วนได้จากการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการจดจำหรือการรับรู้ของผู้ตอบ ประการที่สี่ แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แม้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นเบื้องต้นแล้ว แต่ควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย และประการสุดท้าย จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเปราะบางมีค่อนข้างน้อย จึงอาจส่งผลต่อความเสถียรของค่าประมาณในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ดังนั้น จึงควรตีความผลการวิเคราะห์ด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขและบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลอนามัยชุมชน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมินปัจจัยทางสังคม และการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับการประเมินปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมทั้งออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หรือกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งนี้ การนำผลการวิจัยไปใช้ควรพิจารณาร่วมกับบริบทของพื้นที่และข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และควรใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากร เพื่อให้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปยังผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่อื่นได้มากขึ้น นอกจากนี้ ควรพิจารณาศึกษาตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน คุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางได้ครอบคลุมมากขึ้น

ควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective cohort study) หรือการศึกษาเชิงติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่ออธิบายทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการตรวจสอบคุณสมบัติของแบบสอบถามปัจจัยทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมต่อการใช้ในบริบทชุมชนและบริการปฐมภูมิ

References

1. 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):M146-56.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet 2013; 381(9868):752-62.
3. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, et al. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines. J Nutr Health Aging 2019; 23(9):771-87.
4. Department of Older Persons. Situation of the Thai elderly 2022 [internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022. (in Thai). [cited 2026 Mar 20]. Available from: https://www.dop.go.th/.
5. Suyajai P, Sutthiyano S, Tawaro T. The model of enhancing developmental capabilities in movement vulnerable group to promoting intellectual well-being. Journal of Dhamma for Life. 2024; 30(3):502-512. (in Thai).
6. Klinpudtan N, Tongma S, Klinchet N, Srithumsuk W. Nurse's role in home care's older adult with frailty. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):50-7. (in Thai).
7. Anupat C, Wirojratana V, Watanakijkrilert D, Tiraphat S. Factors influencing frailty in older adults. Journal of Health Science Research. 2020;14(1):43-54. (in Thai).
8. Samniang N. Prevalence and associated factors of physical frailty in elderly patients at Geriatric Clinic, Nakornping Hospital. Journal of Nakornping Hospital. 2024;15(1):76-93. (in Thai).
9. Kampiriyapong N, Krongyuth S, Prasan S, Boonchuwong O. Factors relating to frailty among community-dwelling elderly in Ubon Ratchathani Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2023;34(1):188-201. (in Thai).
10. Ongmekiat T. Frailty in older adult: a case study. Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(3):5-19. (in Thai).
11. Netchan P, Ratsiri T, Sasat S. Selected factors related to frailty older persons. Journal of the Police Nurses. 2019;11(1): 61-72. (in Thai).
12. Sirikamonsathian B, Wongkumpun S. Epidemiology of frailty, sarcopenia, dementia among community-dwelling older persons in Lak Si District, Bangkok. J Chulabhorn Royal Acad. 2024; 6(2): 63-74. (in Thai).
13. Soysal P, Veronese N, Thompson T, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2017;36:78-87. doi:10.1016/j.arr.2017.03.005.
14. Thinuan P, Siviroj P, Lerttrakarnnon P, Lorge T. Prevalence and potential predictors of frailty among community-dwelling older persons in northern Thailand: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):4015.
15. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Manual for health screening and assessment of older adults, 2021 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021 [cited 2026 May 13]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ%20พ.ศ.%202564.pdf.(in Thai).
16. Jaidee S, Sasat S. A Study of frailty in older people reside in community, Bangkok. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017;44(3): 117-35. (in Thai).

17. Suriya J, Angwattana S, Suankaew S. Social support and health behavior of the elderly of the elderly club of Sungmen District, Phrae Province. Nursing Journal. 2020; 47(3):267-76. (in Thai).
18. Pattana K, Sarachan E, Nantawon F, Prapa S, Yuttatri P, Thosingh O. Factors related to the level of daily living activity among elderly people living in low-cost apartment. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2021;22(3):488-97. (in Thai).
19. Thipprakmas R. Social protective factors in Depression among the elderly: The role of family, social and community supports. Regional Health Promotion Center 9. 2021;9(15):339-51. (in Thai).
20. Sripanya B, Phirawatthakul C, Wong-arsa O. Prevalence and Risk Factors of Frailty among Aged 50 Years and Over in Sakon Nakhon Province. The journal of Chulabhorn Royal Academy. 2026; 8(2):97-105. (in Thai).