

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาในอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

ณัฐกฤตา บริบูรณ์¹ พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์² เพ็ญประภา ศิวโรจน์³

¹บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปางทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 314 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง และส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ (FIND questionnaire) แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.8 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 3 ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สัมพันธอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลหาความชุกของภาวะเปราะบาง โดยใช้สถิติพรรณนา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact test ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะเปราะบางเป็นร้อยละ 26.4 โดยพบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 30.4 และ 23.3) ช่วงอายุที่พบภาวะเปราะบางมากที่สุดคือ อายุ 60-69 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 31.9 และ 27.8) ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวเป็นร้อยละ 30.3 โดยพบสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33.0 และ 26.8) ช่วงอายุที่พบความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมากที่สุดคือ อายุ 80 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 47.4 และ 37.5) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ภาวะสุขภาพปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุภาวะเปราะบางการคัดกรอง

ผู้นิพนธ์ประสานงาน

เพ็ญประภา ศิวโรจน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

อีเมล: psiviroj@gmail.com

Prevalence and associated factors of the frailty among community-dwelling elders in Sermngam district, Lampang province

Nutthakritta Boribun¹ Peerasak Lertrakarnnon² Penprapa Siviroj³

¹The Graduate School, Master of Public Health. Chiang Mai University

²Department of Family Medicine, Faculty of Medicine. Chiang Mai University

³Department of Community Medicine, Faculty of Medicine. Chiang Mai University

Abstract

This research was a cross-sectional study. That aimed to investigate the prevalence and factors associated with the frailty of community-dwelling elders in the Sermngam district of the Lampang province. The study used a multi-stage sampling. The sample consisted of 314 elders. The instrument used in this study was a questionnaire consisting of 3 parts, the first part was concerned with personal information; the second part was about the factors related to frailty; and the third part was older frailty assessments (FIND Questionnaire). This content validity index (CVI) of this question are was 0.8 and the correlation coefficient Cronbach's alpha of part 3 was 0.89. The prevalence of frailty and factors associated with frailty analyzed by descriptive statistics analyzed by Chi-square, Fisher's Exact test, The research found that the prevalence of frailty was 26.4 percent and the proportion of frailty in males more than females (30.4 and 23.3 percent). Age range with frailty found the highest group in aged 60-69 years and found in males more than females (31.9 and 27.8 percent). The prevalence of disability was 30.3 percent, the proportion of disability was higher in females than males (33.35 and 26.8). The age range with the highest rate of disability in aged over 80 years and found in females more than males (47.4% and 37.5%) factors associated with frailty were statistically significant at level of 0.05 were personal factors such as level of education, physical factors such as their level at health over the past one month compared to their current health status, chronic diseases, and psychological factors and perceptions, including dementia in older adults who have completed primary education.

Keywords: Elderly Frailty Screening for frailty

Corresponding Author

Penprapa Siviroj

Department of Community Medicine, Faculty of Medicine. Chiang Mai University

110 Inthavaroros Road, Sriphum, Mueang Chiang Mai, Chiang Mai 50200

E-mail: psiviroj@gmail.com

บทนำ

ประชากรในสังคมโลกกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เนื่องมาจากวิวัฒนาการของเทคโนโลยีทางด้านแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้คนมีอายุยืนยาว ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี 1950 เป็นร้อยละ 23 ในปี 2013 และจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 32 ในปี 2050¹ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 14.57 และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (ร้อยละ 20) ในปี 2563² สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลกระทบในเรื่องของความชุกของโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มสูงขึ้นอีกทั้งยังเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะผลกระทบต่อด้านสุขภาพคือ มีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 47.4 ปัญหาการได้ยินร้อยละ 14.6 ปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายร้อยละ 24.3 และปัญหาการพลัดตกหกล้มร้อยละ 8.6 และคาดการณ์ว่าอัตราเกื้อหนุนของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างปี พ.ศ. 2558 และ ปี พ.ศ. 2583 จะลดลงในทุกประเทศ โดยประชากรวัยแรงงานที่จะมาเกื้อหนุนประชากรสูงอายุนั้นมีจำนวนลดลงอย่างมาก ในประเทศไทยจะพบประชากรวัยแรงงานเพียง 2 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุเพียง 1 คนเท่านั้น³

จากการศึกษาของ Conroy⁴ ได้มีการศึกษาลักษณะกลุ่มอาการทางคลินิกของผู้สูงอายุ โดยพบกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับอายุและโรคร่วมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุคือ ภาวะเปราะบาง (frailty) มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานด้านร่างกายเป็นความอ่อนแอของร่างกายที่เพิ่มขึ้นส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพเสื่อมลง โดยภาวะเปราะบางนั้นอาจสามารถฟื้นกลับคืนหรืออาจจะมีอาการที่ดีขึ้นหากได้รับการรักษา⁵ ซึ่งในการศึกษาของผู้สูงอายุไทยยังไม่มียารายงานการสำรวจภาวะเปราะบางดังกล่าว จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของ

จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่รวดเร็วได้เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจและมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของภาวะเปราะบาง เนื่องจากภาวะเปราะบางมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านกายภาพและชีวภาพ เป็นการเสื่อมถอยของอวัยวะและเซลล์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของผู้สูงอายุ มีผลต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย⁶ โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับอายุ และโรคที่เพิ่มขึ้น รวมถึงปัจจัยทางด้านกายภาพ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ การประเมินสุขภาพตนเอง⁷ การอาศัยอยู่เพียงลำพัง ความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก ปัจจัยทางด้านคลินิก ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การสูญเสียน้ำหนัก การมีโรคแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความเครียด ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living หรือ ADL) และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นปานกลางหรือที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental Activities of Daily Living หรือ IADL) รวมไปถึงปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้⁸ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหกล้มถึงร้อยละ 2.4 เสี่ยงต่อความพิการร้อยละ 2.2-2.8 เสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักร้อยละ 1.7-1.8 และเสี่ยงต่อการชีวิตถึงร้อยละ 2.4-2.7⁸

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากรผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมาก ในประชากรกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี พบว่า ร้อยละ 69.3 เป็นโรคเรื้อรังและพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8 นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีอาการปวดข้อ และปวดหลังเรื้อรัง โดยมีความชุกถึง 1 ใน 3 ของปัญหาสุขภาพอื่น ๆ⁹ ทั้งนี้ยังพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 12.4 และพบกลุ่มอาการทางคลินิกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ สมองเสื่อม (dementia) ข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee) การกลืนปัสสาวะไม่อยู่

(urinary incontinence) ภาวะหกล้ม (fall) และภาวะซึมเศร้า (depression)¹⁰

กรมการแพทย์จึงได้สร้างระบบการวางแผนดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นมาตรการสำคัญคือ การประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในโรคที่พบบ่อยและโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุข้างต้น แต่ยังไม่มีการรองรับกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ทั้งนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม บุคลากรทางสาธารณสุขอาจยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุตามช่วงวัยต่างๆ เนื่องจากภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับอายุและโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เสี่ยงต่อการหกล้ม เกิดความพิการ จนต้องเป็นภาระในการดูแลของคนในครอบครัวและชุมชนได้ ดังนั้นในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพวัยผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องเข้าใจปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบาง เพราะหากเราสามารถจัดการ หรือป้องกันปัจจัยนั้นๆ ได้ย่อมส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี¹¹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพศชายและเพศหญิง และยินดีให้ข้อมูลในการศึกษา คำนวณตัวอย่างโดยใช้สูตร Estimating a finite population proportion ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) คำถามแต่ละขั้นใช้วิธีสุ่มแบบใด โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดขอบเขตพื้นที่ในการศึกษาใน

อำเภอเสริมงามซึ่งมีทั้งหมด 4 ตำบล โดยเลือกมา 1 ตำบลเป็นตัวแทนของเขตเมือง คือ ตำบลทุ่งงาม จากนั้นสุ่มโดยการจับฉลากอย่างง่ายจำนวน 1 ตำบลเป็นตัวแทนเขตชนบท ได้แก่ ตำบลเสริมขวา

- 2) เลือกหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเป็นตัวแทนในเขตเมือง สำหรับตำบลทุ่งงามคือ บ้านนาบอน ส่วนตำบลเสริมขวา คือ บ้านปางป่าป้อ

- 3) สุ่มจับฉลากเลือกหมู่บ้านที่เหลือเป็นตัวแทนเขตชนบทตำบลละ 3 หมู่บ้าน ตำบลทุ่งงาม ได้แก่ บ้านดอนงาม บ้านดอนแก้ว และบ้านทุ่งงามพัฒนา ส่วนตำบลเสริมขวา ได้แก่ บ้านปางป่าแพ่ง บ้านห้วยหลวง และบ้านปางหลวง

- 4) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรหรือแบบโควตา (Quota sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 314 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเสริมงามและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงามเพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอเสริมงาม ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ทำวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คือ ความชุกของภาวะเปราะบาง และปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมแบบสอบถามผู้สูงอายุจำนวน 314 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 56 และเพศชายร้อยละ 43.9 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.4 ในปัจจุบันพบผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 52.2 และยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมอยู่ร้อยละ 36.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 64.2 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000บาท ร้อยละ 49.7 โดยรายได้เกือบครึ่งหนึ่งนั้นมาจากบุตรร้อยละ 46.8

อัตราความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุอำเภอเสริมงาม พบว่า อยู่ที่ร้อยละ 26.4 โดยพบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 30.4 และ 23.3) และพบความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 30.3 พบสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33.0 และ 26.8) ตามตารางที่ 1

เมื่อแบ่งตามช่วงอายุของผู้สูงอายุ ในเพศชาย พบภาวะเปราะบางในช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 31.9 และ 31.1) พบในอายุ 80 ปี ขึ้นไปน้อยที่สุด (ร้อยละ 25.5) ส่วนความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว พบอายุ 80 ปี ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาช่วงอายุ 70-79 ปี และ 60-69 ปี (ร้อยละ 31.1 และ 20.3) ซึ่งแตกต่างจากเพศหญิงที่พบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางช่วงอายุ 60-69 ปี และอายุ 80 ปี ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 27.8 และ 26.3) พบช่วง

อายุ 70-79 ปี น้อยที่สุด (ร้อยละ 12.2) สำหรับความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวในเพศหญิงพบสัดส่วนมากกว่าเพศชายทั้ง 3 ช่วงอายุ โดยพบว่าช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไปมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด (ร้อยละ 47.4) รองลงมาช่วงอายุ 70-79 ปี และ 60-69 ปี (ร้อยละ 40.8 และ 26.9) ตามลำดับ ตามตารางที่ 2

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะเปราะบางพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ระดับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

ระดับภาวะเปราะบาง	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) (n = 138)	จำนวน (ร้อยละ) (n = 176)	จำนวน (ร้อยละ) (n = 314)	
ปกติ	59 (42.8)	77 (43.7)	136 (43.3)	1.28
เปราะบาง	42 (30.4)	41 (23.3)	83 (26.4)	0.98
บกพร่องทางการเคลื่อนไหว	37 (26.8)	58 (33.0)	95 (30.3)	1.13

ตารางที่ 2 ระดับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและช่วงอายุ

ระดับภาวะเปราะบาง	เพศชาย (n=138)			เพศหญิง (n=176)			p-value
	60-69	70-79	80 ปีขึ้นไป	60-69	70-79	80 ปีขึ้นไป	
ปกติ	33 (47.8)	17 (37.8)	9 (37.5)	49 (45.4)	23 (46.9)	5 (26.3)	0.07
เปราะบาง	22 (31.9)	14 (31.1)	6 (25.5)	30 (27.8)	6 (12.2)	5 (26.3)	0.34
บกพร่องทางการเคลื่อนไหว	14 (20.3)	14 (31.1)	9 (37.5)	29 (26.9)	20 (40.8)	9 (47.4)	0.27

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะเปราะบาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	ภาวะเปราะบาง			p-value
	ปกติ	เปราะบาง	บกพร่อง ทางการ เคลื่อนไหว	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ				
ชาย	59 (42.8)	42 (30.4)	37 (26.8)	0.29
หญิง	77 (43.8)	41 (23.3)	58 (32.9)	
อายุ				
60 - 79 ปี	82 (46.3)	52 (29.4)	43 (24.3)	0.08
79 - 80 ปี	40 (42.6)	20 (21.3)	34 (36.1)	
80 ปีขึ้นไป	14 (32.6)	11 (25.6)	18 (41.8)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	33 (36.7)	29 (32.2)	28 (31.1)	0.03*
ได้เรียน	103 (48.1)	54 (25.2)	57 (26.7)	
อาชีพที่ทำในปัจจุบัน				
ใช้แรงงานมาก	121 (43.4)	71 (25.4)	87 (31.2)	0.44
ใช้แรงงานน้อย	15 (42.9)	12 (34.3)	8 (22.8)	
สถานภาพสมรส				
โสด	5 (23.8)	7 (33.3)	9 (42.9)	0.30
คู่	89 (42.2)	55 (26.1)	67 (31.7)	
หย่าร้างหรือแยกกันอยู่หมาย	42 (51.2)	21 (25.6)	19 (23.2)	
รายได้				
ต่ำกว่า 1,000 บาท	47 (35.9)	34 (26.0)	50 (38.1)	0.08
1,000 - 5,000 บาท	75 (48.1)	41 (26.3)	40 (25.6)	
มากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป	14 (51.9)	8 (29.6)	5 (18.5)	
ปัจจัยด้านกายภาพ				
ภาวะสุขภาพปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต				
แย่/อ่อนแอกว่า	80 (36.7)	58 (26.6)	80 (36.7)	0.01*
ไม่แตกต่างกัน	50 (62.5)	21 (26.3)	9 (11.2)	
แข็งแรงกว่า	6 (37.5)	4 (25.0)	6 (37.5)	
การเจ็บป่วยด้วยโรค				
ไม่มีโรคเรื้อรัง	70 (47.6)	43 (29.3)	34 (23.1)	0.03*
มีโรคเรื้อรัง	66 (39.5)	40 (24.0)	61 (36.5)	
ภาวะโภชนาการ				
โภชนาการปกติ	112 (45.2)	58 (23.4)	78 (31.4)	0.25
เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	22 (37.3)	15 (25.4)		
ขาดสารอาหาร	2 (28.6)	3 (42.8)	2 (28.6)	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	ภาวะประอบาง			p-value
	ปกติ	ประอบาง	บกพร่องทางการเคลื่อนไหว	
ปัจจัยด้านการทำหน้าที่				
สำหรับผู้ที่มีโทรศัพท์				
ภาวะพึ่งพาปานกลาง	2 (28.6)	1 (14.3)	4 (57.1)	0.16
ไม่เป็นภาวะพึ่งพา	98 (49.5)	54 (27.3)	46 (92.0)	
ปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้				
ภาวะซึมเศร้า				
ไม่มีอาการ	132 (43.6)	79 (26.1)	92 (30.3)	0.73
มีอาการน้อย	4 (36.4)	4 (36.4)	3 (27.2)	
ภาวะสมองเสื่อม				
ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือหนังสือ				
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	27 (37.0)	23 (31.5)	23 (31.5)	0.07
มีภาวะสมองเสื่อม	6 (22.2)	6 (22.2)	15 (55.6)	
ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา				
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	80 (49.4)	40 (24.7)	42 (25.9)	0.02*
มีภาวะสมองเสื่อม	13 (38.2)	11 (32.4)	10 (29.4)	
ผู้สูงอายุเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา				
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	10 (62.5)	2 (12.5)	4 (25.0)	0.09
มีภาวะสมองเสื่อม	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	104 (43.7)	61 (25.6)	73 (30.7)	0.86
ครอบครัวขยาย	32 (42.0)	22 (29.0)	22 (29.0)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1 คน	13 (37.1)	8 (22.9)	14 (40.0)	0.08
2 คน	47 (42.0)	27 (24.1)	38 (33.9)	
3 คน	76 (45.5)	48 (28.7)	43 (25.8)	
การมีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย				
มี	124 (45.1)	70 (25.5)	81 (29.4)	0.24
ไม่มี	12 (30.8)	13 (33.3)	14 (35.9)	
การอยู่อาศัยในปัจจุบัน				
อยู่คนเดียว	14 (36.8)	10 (26.3)	14 (36.9)	0.10
ไม่ได้อยู่คนเดียว	122 (44.2)	73 (26.4)	81 (29.4)	

หมายเหตุ: * $p < 0.05$

อภิปรายผล

การศึกษาภาวะเปราะบางในครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือวัดความเปราะบางในประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน (The FiND Questionnaire) โดยวัดจากลักษณะทางชุมชนด้วยคำถาม 5 ข้อ พบความชุกร้อยละ 26.4 และพบความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมีร้อยละ 30.3 ซึ่งน้อยกว่าการคัดกรองที่ใช้เครื่องมือเดียวกันทำการคัดกรองภาวะเปราะบางผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คน พบความชุกร้อยละ 55.6 และพบความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวร้อยละ 28.9³ อาจเนื่องมาจากระเบียบวิธีการศึกษาเป็นการศึกษาชั้นตอนเดียว คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางด้วยวาจา ไม่ได้ประเมินตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก รวมไปถึงบริบทของพื้นที่หรือลักษณะภูมิศาสตร์ในการศึกษาที่แตกต่างกัน อาจส่งผลทำให้ความชุกของภาวะเปราะบางมีความแตกต่างกัน ภาวะเปราะบางขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านคลินิกและด้านกายภาพ เช่น วิธีการดำเนินชีวิต ลักษณะทางด้านประชากร อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย โรคแทรกซ้อน รวมไปถึงปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อัลบูมิน คอเลสเตอรอล และฮีโมโกลบินอีกด้วย^{3,5}

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะเปราะบาง (ร้อยละ 32.2) และมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 31.1) อธิบายกลไกความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางเพิ่มเติมโดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษได้สอดคล้องกับการศึกษาชาวอเมริกันที่พบภาวะเปราะบางจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และจะมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเปราะบางหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปานกลาง⁹ ส่วนปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายกลไกความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางเพิ่มเติมโดยผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นจะมีความผิดปกติของระบบภายในร่างกายอยู่แล้ว เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน รวมถึงภาวะเปราะบางได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยเกี่ยวเนื่องกับเรื่องโภชนาการ การสูญเสียน้ำหนัก การรับรู้เรื่องสุขภาพ โรคแทรกซ้อน การใช้ยา¹⁰ และยังมีปัจจัยที่บ่งบอกทางคลินิกคือการขาดสารอาหาร การบาดเจ็บ การมีโรคแทรกซ้อน และโรคที่มีการอักเสบ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคปอด⁴ และปัจจัยจิตใจและการรับรู้ พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เรียนระดับประถมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Curcio CL และคณะ⁷ ศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางคือ ความบกพร่องของสมองด้านการคิดและการจำ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 1,692 คน อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท 4 หมู่บ้านของหุบเขาแถบแอนดิสโคโลอมเบีย พบความชุกของภาวะเปราะบางถึงร้อยละ 12.2

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรจากโรงพยาบาลเสริมงาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสริมงามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางป่าป้อ ควรมีการเฝ้าระวังคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางเพิ่มเติม โดยทำการสำรวจผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองภาวะเปราะบางทุกกลุ่มอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. พัฒนาการความรู้ในการเฝ้าระวังให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัวผู้สูงอายุเรื่องการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะเปราะบางในชุมชน ซึ่งเป็นการสอบถาม 5 ข้อถาม เพื่อค้นหาและ

เฝ้าระวังภาวะเปราะบางในทุกตำบลของอำเภอ เสริมงามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะเปราะบาง เรื่องการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวกิจกรรมทางกาย ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพอย่างน้อย 3 เดือนต่อครั้ง

4. ควรติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวจากการศึกษาเพื่อดูผลต่อสุขภาพในเรื่องของการเจ็บป่วยที่ตามมาหรือการรับดูแลในสถานดูแลสุขภาพระยะยาวหรือโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะเปราะบางมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

5. ควรมีการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางที่วัดประเมินโดยใช้เครื่องมือที่วัดทางคลินิกร่วมด้วย

สรุปผล

จากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะเปราะบาง ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง เป็นร้อยละ 26.4 โดยพบสัดส่วนในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 30.4 และ 23.3) ช่วงอายุที่พบภาวะเปราะบางมากที่สุดคืออายุ 60-69 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 31.9 และ 27.8) ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวเป็นร้อยละ 30.3 โดยพบสัดส่วนในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33.0 และ 26.8) ช่วงอายุที่พบความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมากที่สุดคือ อายุ 80 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 47.4 และ 37.5) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ภาวะสุขภาพปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา การวัดประเมินภาวะเปราะบางมีทั้งในคลินิกและในชุมชนควรมีการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางที่มีการวัดประเมินโดยใช้เครื่องมือที่วัดทางคลินิกของ Fried LP et al. (2001) ร่วมด้วย

References

1. United Nations. New York. World population ageing. Gerontology series A: Biological sciences and medical sciences, retrieved September 2013:15-20.
2. Medical Department. Manual screening assessment seniors. Bangkok. Veterans affairs office printing synthesis organization: 2557.
3. Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. Am J Clinl Nut 2006;83(5):1142-8.
4. Conroy S. Defining frailty-the holy grail of geriatric medicine. J Nut Health Aging; 2009;13(4):389-3859.
5. Chen X, Mao G, Leng S.X. Frailty syndrome: an overview. Clin Interv Aging 2014;9:433-41.
6. Department of Health. Guidelines on healthy 80 year. Bangkok. Affairs Office Printing national: 2556.
7. Curcio CL, Henao GM, Gomez F. Frailty among rural elderly adults. BMC Geriatrics; 2014:14(1),2.
8. Ensrud K, Ewing SK, Cawthon PM, et al. A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men. J Am Geriatr Soc 2009;57(3):492-8.

9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-57.
10. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173(5):489-95.
11. The promotion and development of the elderly. *The elderly Thailand* 2555. Nonthaburi: S Plus Media Ltd: 2556.