

## ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย FRAILITY OF ELDERLY IN CHIANG RAI PROVINCE

จิตติมา ทาสสุวรรณอินทร์<sup>1\*</sup> วรัญญา มณีรัตน์<sup>2</sup> และ มณูเชษฐ์ มโนธรรม<sup>3</sup>

Thitima Thasuwain<sup>1\*</sup>, Waranya Maneerat<sup>2</sup> and Manuchet Manotham<sup>3</sup>

สังกัด (แขนงวิชาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)<sup>1\*</sup><sup>2</sup>

สังกัด (แขนงวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)<sup>3</sup>

\*Corresponding author. E-mail: Tithima29@hotmail.com

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากนั้นนำมาหาความเที่ยงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.50 อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 72.50 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 78.80 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 80.80 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน/ทำนา ร้อยละ 41.50 รายได้อยู่ระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 52.80 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุและการประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.50 และไม่ทราบว่ามีโรคประจำตัว ร้อยละ 27.50 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.80 อาศัยอยู่กับลูก ร้อยละ 40.11 ภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ร้อยละ 52.30 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 99.50

ผลจากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะเปราะบาง อันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะเปราะบาง ผู้สูงอายุ เชียงราย

### Abstract

This research is a descriptive research. The objective of this study was to study the vulnerability of the elderly in Chiang Rai Province between August 2021 to May 2022 of 400 people. The tool used for data collection are Personal Data Record Form and Frailty Assessment Form developed by the researcher. The questionnaire was test for validity from 3 experts and its reliability were .84. Data were analyzed by using descriptive statistics.



The results of the study found that the samples were female (50.50%), aged 60-69 years (72.50%) were Buddhist (78.80 %) marital status/couple (80.80%) farming/gardening/farming (41.50%) income the range 1,001 - 5,000 baht (52.80%). Most of their income from elderly allowance service and occupational (37.50%), no have chronic disease (36.50%) don't know that they have a chronic disease (27.50%) and have chronic disease (36.00%) most have hypertension (15.80%) lived with a child (40.11%). The current health condition is good were able to perform daily activities on their own (52.30 %) and the most sample have frailty (99.50 %).

The results of the study can be used to plan for preventing or slowing the occurrence of frailty that will affect the health of the elderly in the future.

**Keywords:** Frailty, Elder, Chiang Rai

## บทนำ

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 2,000 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2015) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ทำให้ประเทศไทยใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และยังมีการคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2578 หรือเพียงอีก 13 ปี ทำให้ประเทศไทยต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของประชากร เมื่อสูงอายุจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การมองเห็น การรับรู้แสง สี เสียง ลดลง ร่วมกับมวลกระดูกลดลง ข้อและเอ็นข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อได้ง่าย (Morley et al., 2011) ร่วมกับการสะสมของแคลเซียมในกระดูกลดลง เมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม จะส่งผลให้กระดูกหักได้ง่าย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ เนื่องจากทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาลูกหลาน ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จนอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Collard, Boter, Schoevers, & Oude Voshaar, 2012) ผลจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ยอมเข้าร่วมสังคมตามมา ผลจากความเสื่อมถอยและพลังงานสำรองในร่างกายลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อมถอยจากหลาย ๆ ระบบของร่างกาย ทำให้พลังงานสำรองในร่างกายลดลง ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ และเป็นสาเหตุหลักของการพลัดตกหกล้ม การนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุและเป็นภาวะก่อนเข้าสู่ภาวะทุพพลภาพ (Eeles, White, O'Mahony, Bayer, Hubbard, 2012) พบว่าอาการและอาการแสดงที่พบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กิจกรรมทางกายลดลง เดินช้า มีความเหนื่อยง่าย และหนักลดลงโดยไม่มีสาเหตุ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะเปราะบางประกอบด้วยหลายปัจจัย อาทิเช่น ความเสื่อมของร่างกาย ภาวะชืด หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการซึ่งสามารถทำนายความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางได้ (Kaiser, Bandinelli & Lunenfeld, 2010) รวมถึงภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว พบว่าโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

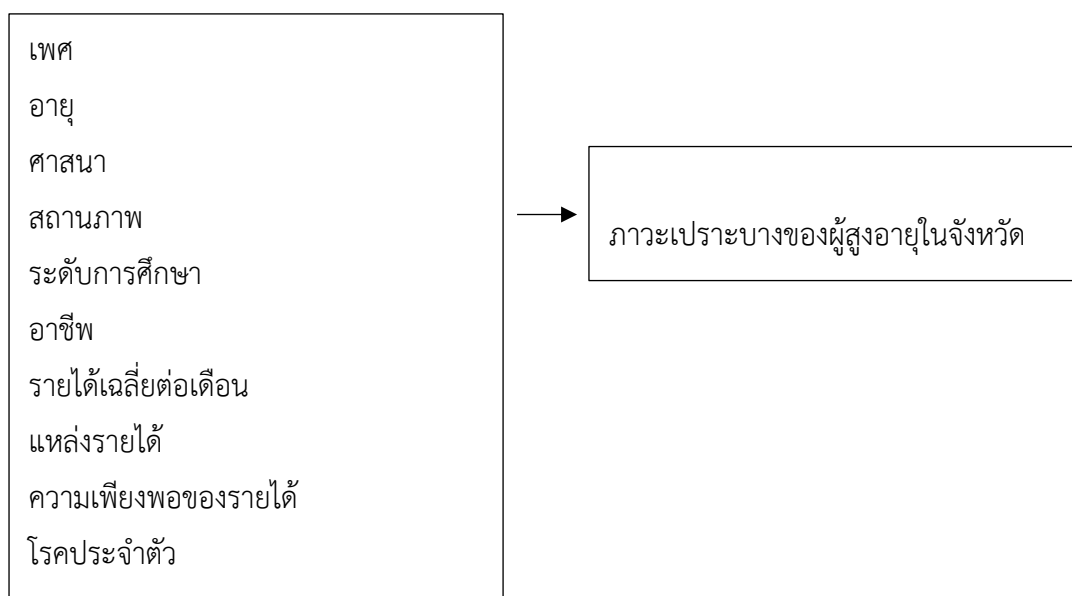
จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง (Emma, Emiel, Marijke, Louis, Huisman, Mike, & Majon, 2018) อีกทั้งยังพบว่าปัจจัยทางด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ภาวะเปราะบางมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเปราะบางเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการในผู้สูงอายุ (Abellan, Rolland, Bergman, Morley, Kritchevsky, & Vellas, 2008)

จังหวัดเชียงรายเป็นที่มียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น พบว่าในปี พ.ศ. 2561 มียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุร้อยละ 15.85 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.38 ในปี พ.ศ. 2563 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) อาจกล่าวได้ว่าจังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่สำคัญ ร่วมกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายค่อนข้างมีน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย เพื่อให้ทราบถึงบริบท ข้อจำกัด หรือผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว โดยผลจากการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และชะลอการเกิดภาวะเปราะบาง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวตามมาได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง



ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดเชียงราย ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 237,979 คน (ข้อมูลจากสำนักสถิติแห่งชาติ, ธันวาคม 2563) ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่องการมองเห็นและการได้ยินปกติ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) การสุ่มอำเภอที่เป็นตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขนาดของอำเภอในแต่ละจังหวัดเป็นขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก ตามจำนวนประชากรของแต่ละอำเภอ แล้วทำการสุ่มอำเภอขนาดใหญ่ 1 อำเภอ ขนาดกลาง 1 อำเภอ และขนาดเล็ก 1 อำเภอ รวมเป็น 3 อำเภอ 2) การสุ่มตำบล ในแต่ละอำเภอที่เป็นตัวอย่างในแต่ละจังหวัด โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับสลากจำนวน 2 ตำบล ในแต่ละอำเภอ โดยการเขียนหมายเลขของหน่วยตัวอย่างทั้งหมดตามบัญชีรายชื่อตำบลในอำเภอนั้น ๆ และ 3) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (Accidental sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสัดส่วน

ชื่ออำเภอ	ชื่อตำบล	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
แม่สรวย	เจดีย์หลวง	1,045	38
	ท่าก้อ	2,670	96
เชียงแสน	แม่เงิน	1,420	52
	ศรีดอนมูล	1,618	58
เวียงเชียงรุ้ง	บ้านเหล่า	2,245	81
	ป่าซาง	2,095	75
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		11,093	400

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ที่พักอาศัย และสภาวะสุขภาพปัจจุบัน
2. แบบประเมินภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของฟรายและคณะ (Fried et al., 2008) โดยภาวะเปราะบางสามารถประเมินได้จาก 3 ใน 5 อาการ ดังนี้ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 3 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวใน 1 ปี (Weight loss) 2) ภาวะหมดแรง (Exhaustion) 3) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Weakness) 4) การเดินช้าลง (Low walking speed) และการปฏิบัติกิจกรรมทางกายลดลง (Low physical activity) เป็นมาตรฐานประเมินแบบถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนน 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ 1 คะแนน คะแนน 0 - 10 คะแนน แปลผลดังนี้ 2 คะแนน ไม่มีภาวะเปราะบาง 3 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีภาวะเปราะบาง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา

แบบประเมินภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 50 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha's coefficient) เท่ากับ .84

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย รหัส CRPPHO 141/2564 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตกลุ่มประชากรก่อนการเข้าร่วมวิจัย โดยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการอนุมัติในการดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้นำชุมชน เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่าง สามารถอ่านเองได้ จะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านได้เอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านทีละข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนำมาลงรหัส เพื่อประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้อ่านวิเคราะห์ โดยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลจากแบบประเมินภาวะเปราะบางนำมาแจกแจง ความถี่ และร้อยละ

### สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 202 ราย คิดเป็น ร้อยละ 50.50 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) จำนวน 290 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 315 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.80 สถานภาพสมรสจำนวน 323 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.80 ไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 247 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.80 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน/ทำนา จำนวน 166 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.50 รายได้อยู่ในช่วง 1,001 – 5,000 บาท จำนวน 211 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.80 แหล่งรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและอาชีพ จำนวน 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 เมื่อสอบถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.50 และไม่ทราบว่าโรคประจำตัว จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.80 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวานจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.80 ส่วนใหญ่ไม่มียาที่



รับประทานเป็นประจำ จำนวน 260 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.00 และพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.00 ที่มีารับประทานเป็นประจำ โดยรับประทานยาความดันโลหิตมากที่สุดจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.00 ด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายจำนวน 397 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.2 ด้วยวิธีการเดินมากที่สุด จำนวน 325 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.30 ด้านที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูก จำนวน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.11 อยู่ที่บ้านของตนเองจำนวน 310 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.50 เมื่อสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรง และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้จำนวน 209 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.30 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยพลัดตกหกล้ม จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 63.70

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ (n= 400)

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	286 (71.50)	114 (28.50)
2. ท่านรู้สึกไม่มีแรงหรืออ่อนเพลียอยู่ตลอดเวลา	322 (80.50)	78 (19.50)
3. ท่านรู้สึกเหนื่อยมากเมื่อเดินขึ้นบันได	294 (73.50)	106 (26.50)
4. ท่านรู้สึกไม่มีแรงเมื่อเดินรอบ ๆ บ้าน	320 (80.00)	80 (20.00)
5. ท่านสามารถลุกเดินได้ด้วยตนเอง	95 (23.80)	305 (76.30)
6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20 – 30 นาที	212 (53.00)	188 (47.00)
7. ท่านมีโรคประจำตัวมากกว่า 5 โรค	390 (97.50)	10 (2.50)
8. ท่านรับประทานยามากกว่า 4 ชนิด	383 (95.80)	17 (4.30)
9. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักลด 5 กิโลกรัม โดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก	382 (95.50)	18 (4.50)
10. ท่านมีความรู้สึกอยากอาหารลดลง	336 (84.00)	64 (16.00)
<b>รวม</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 2 การประเมินภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ พบว่าข้อท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 71.50 ข้อท่านรู้สึกไม่มีแรงหรืออ่อนเพลียอยู่ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 80.50 ข้อท่านรู้สึกเหนื่อยมากเมื่อเดินขึ้นบันได กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 73.50 ข้อท่านรู้สึกไม่มีแรงเมื่อเดินรอบ ๆ บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 76.30 ข้อท่านสามารถลุกเดินได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่ใช่ จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 ข้อท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20 – 30 นาที กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 ข้อท่านมีโรคประจำตัวมากกว่า 5 โรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 390 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50 ข้อท่านรับประทานยามากกว่า 4 ชนิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 383 คน คิดเป็นร้อยละ 95.50 ข้อใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลด 5 กิโลกรัม โดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 382 คน คิดเป็น

ร้อยละ 95.50 และข้อท่านมีความรู้สึกอยากอาหารลดลง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบใช่ จำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 84.00

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละภาวะเปราะบางของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนน (n = 400)

ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะเปราะบาง (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2)	2	0.50
มีภาวะเปราะบาง (มากกว่า 3)	398	99.50
<b>รวม</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะเปราะบาง จำนวน 398 คน คิดเป็นร้อยละ 99.50 รองลงมาได้แก่ ไม่มีภาวะเปราะบาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50 ตามลำดับ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบาง จำนวน 398 คน คิดเป็นร้อยละ 99.50 สอดคล้องกับการศึกษาของเซนและคณะ (2010) ที่ศึกษาประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 2,238 คน ในประเทศไต้หวัน ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย (Chen et al., 2010) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะทางโครงสร้างที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง เช่น มวลกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของสุพรรณิ ใจดี และศิริพันธ์ พันธุ์สาส์ตย์ (2017) ที่ศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 420 คน พบว่า มีความชุกในการเกิดภาวะเปราะบางร้อยละ 32.14 (สุพรรณิ ใจดี และศิริพันธ์ สาส์ตย์, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของประกายมาศ เนตรจันทร์ (2560) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ จำนวน 150 ราย มีภาวะเปราะบางร้อยละ 58.70 และพบว่าภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (ประกายมาศ เนตรจันทร์, 2560) ทั้งนี้ผลของการศึกษาของแอนเคอร์และคณะ (2019) ที่ศึกษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง (Anker et al., 2019) สอดคล้องกับผลของการศึกษา ที่กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00 และรู้สึกเหนื่อยง่ายขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 71.50 สอดคล้องกับการศึกษาของนพรัตน์ รัตน์ประทุม ดุษฎี อายุวัฒน์ และชนะพล ศรีฤาชา (2558) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุไทยในชนบท จำนวน 32 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 6 คน รับรู้ว่าตนเองเปราะบางค่อนข้างมาก เกือบทุกคน ต้องการคนช่วยในการทำกิจกรรมนอกหมู่บ้านทั้งหมด และบางคนที่ต้องหยุดการทำกิจกรรมนอกหมู่บ้านลง แต่ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (นพรัตน์ รัตน์ประทุม ดุษฎี อายุวัฒน์ และชนะพล ศรีฤาชา, 2558) สอดคล้องกับผลของการศึกษาที่ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าตนเองแข็งแรงดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 52.30

ผลของการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถลุกเดินได้ด้วยตนเอง จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 76.30 และส่วนใหญ่ต้องมีที่ยึดเกาะเวลาลุกหรือนั่ง เนื่องจากมีอาการปวดเข่า ปวดหลัง และระมัดระวังตนเอง



เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของเดลเบรีและคณะ (2009) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลัวการพลัดตก หกล้ม ทั้งผู้อายุที่เคยมีประสบการณ์หรือไม่เคยมีประสบการณ์การพลัดตกหกล้ม เนื่องจากรับรู้ผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มจากบุคคลรอบข้าง (Delbaere et al., 2009) และกลุ่มตัวอย่างจะรับประทานยาเพื่อรักษาอาการเบื้องต้นของตนเอง เช่น ยาแก้ปวด หรือยาสมุนไพร เป็นต้น โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยามากกว่า 4 ชนิด จำนวน 382 คน คิดเป็นร้อยละ 95.50 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล (2561) ที่ศึกษาความชุกของการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน พบร้อยละ 29 – 36.80 ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในชุมชน (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล, 2561) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยากอาหารลดลง จำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 84.00 และในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมโดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก จำนวน 382 คน คิดเป็นร้อยละ 95.50 สอดคล้องกับผลการศึกษา ของพิลกริม และคณะ (2015) ที่พบว่าความอยากอาหารลดลง และน้ำหนักลดในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบางตามมา (Pilgrim et al., 2015)

จากผลของการศึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพและชะลอความการเกิดภาวะเปราะบาง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเปราะบางได้

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะเปราะบาง จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการเกิดภาวะเปราะบาง เช่น ภาวะโภชนาการ การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะเปราะบางสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่สนับสนุนทุนวิจัย รวมถึง ผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563. สืบค้น 18 กรกฎาคม 2565. จาก [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf).
- นพรัตน์ รัตนประทุม ดุษฎี อายุวัฒน์ และชนะพล ศรีฤชา. (2558). ผู้สูงอายุไทยในชนบทอีสานกับการรับรู้ความเปราะบาง. รายงานการจัดประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34, 146-156.



- ประกายมาศ เนตรจันทร์ รัตน์ศิริ ทาโต และศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 11(1), 61-72.
- ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล. (2561). การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ. *วารสารรามธิบดีเวชสา*, 41(1), 95-104.
- สุพรรณมีใจดี และศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2560). การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 117-135.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. สืบค้น 18 กรกฎาคม 2565. จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014>.
- Abellan, V.G., Rolland, Y., Bergman, H., Morley, J.E., Kritchevsky, S.B., Vellas, B. (2008). The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging*, 12(1), 29–37.
- Anker D, Santos-Eggimann B, Zwahlen M, et al. (2019). Blood pressure in relation to frailty in older adults: a population-based study. *J Clin Hypertens*, 21(12), 1895–1904.
- Chen, C.Y., Wu, S.C., Chen, L.J., & Lue, B.H. (2010). The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatric*, 50(1), 43-47.
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487–1492
- Delbaere, K., Crombez, G., van Haastregt, J. C., & Vlaeyen, J. W. (2009). Falls and catastrophic thoughts about falls predict mobility restriction in community-dwelling older people: A structural equation modelling approach. *Aging & Mental Health*, 13, 587-592.  
Doi :10.1080/13607860902774444.
- Eeles E.M., White, S.V., O’Mahony, S.M., Bayer, A.J., Hubbard, R.E. (2012). The impact of frailty and delirium on mortality in older inpatients. *Age Ageing*, 41(3), 412–6.
- Emma, E.F., Emiel, O.,Marijke, C.,Louis. M.,Huisman, M.,Mike, J.L., & Majon, M. (2018). Frailty in Older Adults with Cardiovascular Disease: Cause, Effect or Both? *Aging and Disease*, 9(3), 489-497.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(3), 146-56.
- Kaiser, M., Bandinelli, S. & Lunenfeld, B.(2010). Frailty and the role of nutrition in older people. A review of the current literature. *Acta Biomed*, 81(1), 37-48.
- Morley, J.E., Abbatecola, A.M., Argiles, J.M., et al. (2011). Sarcopenia with limited mobility: an international consensus. *J Am Med Dir Assoc*, 12, 403–409.
- Pilgrim, A.L., Robinson, S.M., Sayer, A., Roberts, H.C. (2015). An overview of appetite declines in older people. *Nursing Older people*, 27(5), 29-35.



Thiamwong, L., Thamarpirat, J., Manee sriwongul, W., & Jitapunkul, S. Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. *Medical journal of the Medical Association of Thailand*, 91(12), 1823 - 1832.

United Nations. (2015). *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing*. Retrieved July 18, 2022, from:  
[www.un.org/en/development/desa/population/.../pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/.../pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)