

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ

ร้อยตำรวจโทหญิงประกายมาศ เนตรจันทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO FRAILTY OLDER PERSONS
IN PUBLIC RESIDENTIAL HOME

Police Lieutenant Prakaymas Netchan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่ อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ
โดย	ร้อยตำรวจโทหญิงประกายมาศ เนตรจันทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ประกายมาศ เนตรจันทร์ : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ (SELECTED FACTORS RELATED TO FRAILITY OLDER PERSONS IN PUBLIC RESIDENTIAL HOME) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 130 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชราภาครัฐ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 150 คน ด้วยวิธีการเลือกตามสะดวกจากบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ทั้งหมด 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือ แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบางซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเที่ยงของแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .83, .80 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินภาวะเปราะบางหาความเที่ยงด้วยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วม (Inter-rater method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 58.7
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบาง คิดเป็นร้อยละ 10
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางลดลงร้อยละ 5

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

5777174336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: OLDER PERSON / PUBLIC RESIDENTAIL

PRAKAYMAS NETCHAN: SELECTED FACTORS RELATED TO FRAILTY OLDER PERSONS IN PUBLIC RESIDENTIAL HOME. ADVISOR: ASSOC. PROF. RATSIRI THATO, Ph.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 130 pp.

The purposes of this descriptive study was to examine frailty and relationships between factors related to frailty which were age, gender, co-morbidity, depression, and social support in older persons living in public residential home in Bangkok Metropolis. The sample consisted of 150 people who were over 60 years old living in public residential home in Bangkok Metropolis. Data were collected using a personal information form, Thai Geriatric Depression, Social support questionnaire and Fried frail index. Their Cronbach's coefficients alpha were .80, .83, and .80, respectively. Fried frail index was examined for reliability using Inter-rater method. Its coefficient was .96. Mean, percentage, standard deviation and Binary Logistic Regression were used for data analysis. Major findings were as follows;

1. The prevalence of frailty in older person living in public residential home in Bangkok Metropolis was 58.7 percent.

2. Age was positively and significantly related to frailty in older person living in public residential home in Bangkok Metropolis at the level of .05. When age increasing one year, there is a 10 percent chance for frailty.

3. Social support was negatively and significantly related to frailty in older person living in public residential home in Bangkok Metropolis at the level of .05. By increasing one unit of social support, frailty in the elderly reduces 5 percent.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต และ รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าทั้งในและนอกเวลาราชการในการชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบ ให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความรักความห่วงใยและเอาใจใส่พร้อมให้กำลังใจ สนับสนุน และติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้อย่างดีเยี่ยมมาตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านอาจารย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทะกานนท์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความกรุณา มาเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้สถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลา การศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่งและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ของศูนย์พัฒนาจิตสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุปทุมธานีและสถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความ อำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเสร็จสิ้นรวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยทุก ท่านที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณพี่น้องร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ผู้วิจัยเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช) ที่ได้มอบทุนอุดหนุนการทำ กิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยประเภททุนบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2560 ที่ได้เห็นคุณค่าและ ประโยชน์ในการนำวิทยานิพนธ์ไปใช้ในอนาคต และทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตของบัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ การที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยกำลังใจที่ผู้วิจัยได้รับเสมอมา จากครอบครัว กราบขอบพระคุณบิดามารดาผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดูและสนับสนุนการศึกษา และขอขอบคุณ กัลยาณมิตรร่วมสถาบันทุกท่านที่ได้เอื้อนมา ซึ่งมีส่วนร่วมสร้างประสบการณ์ที่ดีด้วยกันและมีส่วนช่วย ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่ บิดา มารดา คณาจารย์ผู้มีพระคุณและผู้สูงอายุทุกท่าน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	11
2. ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ.....	14
3. ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา	24
4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา	28
5. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่อยู่ในบ้านพักคนชรา	38
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	55
การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	67
สรุปผลการวิจัย.....	70
อภิปรายผลการวิจัย.....	71
ข้อเสนอแนะ	75
รายการอ้างอิง	76
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก การแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์	88
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขออนุญาต ใช้เครื่องมือ.....	95
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรม.....	103
ภาคผนวก ง จดหมายขอความร่วมมือในการใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	105
ภาคผนวก จ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างและข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร.....	109
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	115
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	130

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้นกับการทำงานของระบบประสาทในการหลั่ง ฮอโมนและระบบภูมิคุ้มกันที่มีผลทำให้เกิดภาวะเปราะบาง	17
ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราทั้ง 3 แห่ง.....	47
ตารางที่ 3 การแก้ไขข้อคำถามเครื่องมือการสนับสนุนทางสังคม	52
ตารางที่ 4 ตารางสรุปค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach' s coefficient alpha) ของเครื่องมือทุกฉบับ	54
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง (n=150).....	58
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	61
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (n=150)	62
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของความซุกซนของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=150)	63
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะรายด้านของภาวะเปราะบางในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ เปราะบาง (n=88).....	63
ตารางที่ 10 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละ ของภาวะเปราะบาง จำแนกตามอายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม (n=150).....	64
ตารางที่ 11 วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทาง สังคมกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression.....	66

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1	วงจรการเกิดภาวะเปราะบาง	18
----------	-------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากการสำรวจข้อมูลประชากรของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า นับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 มีผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ซึ่งเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัย (aged society) ปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ซึ่งเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 จะมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 28 เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) จากการคาดการณ์ดังกล่าวสังคมไทยจึงควรมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทั้งเรื่องการบริหารด้านสาธารณสุข ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ การเงิน และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น แนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การขาดการออกกำลังกาย จะเป็นตัวเร่งให้เกิดการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้เร็วขึ้น กลุ่มอาการที่เกิดจากการสะสมของความเสื่อมที่เกิดขึ้นเร็วกว่าปกติ จากการกระตุ้นด้วยปัจจัยต่าง ๆ เรียกว่า ภาวะเปราะบาง (De Lepaleire et al., 2009) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาและมีความต้องการในการดูแลมากขึ้นทั้งในครอบครัวและในสถานบริการ

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่เกี่ยวกับการลดลงของพลังงานสำรอง (body reserve) และความสามารถในการตอบสนองของสิ่งกระตุ้นในร่างกาย (stressors) ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) ซึ่ง Fried, Darer & Walston (2003) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยา มีการลดลงของพลังงานสำรองในหลาย ๆ ระบบในร่างกายอย่างต่อเนื่อง พบมากตามอายุที่มากขึ้น ผู้ที่มีภาวะโรคร่วม (comorbid) มีความพิการและผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบภูมิคุ้มกันและต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ พลังงานในร่างกายลดลง เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอก เช่น การติดเชื้อหรือการได้รับบาดเจ็บ มากกระตุ้นจะทำให้เกิดผลเสียในระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ ส่วนอาการที่มักพบในผู้ที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่อยากทำกิจกรรม รับประทานอาหารน้อยลง มีมวลกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia) มวลกระดูกลดลง การเดินผิดปกติ อาการทางคลินิกเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะเปราะบางได้ Fried et al. (2001) กล่าวว่า การประเมินภาวะเปราะบางจะต้องมีลักษณะอาการ 3 ใน 5 อย่างขึ้นไป ได้แก่ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

มากกว่า 4.5 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี (unintentional weight loss) 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) 3) ความรู้สึกหมดแรง (exhaustion) 4) เดินช้าลง (low walking speed) และ 5) การทำกิจกรรมลดลง (low physical activity) ภาวะเปราะบางดังกล่าวส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น หกล้ม มีภาวะพึ่งพา ต้องนอนโรงพยาบาลและเสียชีวิตในที่สุด ผู้ที่มีภาวะเปราะบางจึงเป็นกลุ่มที่ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและให้การดูแลอย่างเป็นระบบ

บ้านพักคนชรา (Residential home) หมายถึง สถานที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พักอาศัยไม่ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแลมากนัก เนื่องจากผู้ที่เข้ามาพักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีบริการช่วยเหลือในด้านการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การเลี้ยงดู การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ภาวะสุขภาพบำบัด อาชีวบำบัด นันทนาการ สังคมสงเคราะห์ และฌาปนกิจ การดำเนินงานมีทั้งภาครัฐและเอกชน โดยในภาครัฐจะจัดตั้งเป็นสถานสงเคราะห์คนชราหรือบ้านพักคนชรา ส่วนของภาคเอกชนจะเป็นองค์กรศาสนาหรือองค์กรทางด้านเชื้อชาติ (จีน) (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2552) ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีคนดูแลหรือไม่มีที่อยู่อาศัย บ้านพักคนชราจึงเป็นสถานที่ให้การดูแลเลี้ยงดูและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุตามอัตภาพ เมื่อผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นเวลานานจะมีความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง รวมถึงความเครียดที่สะสมจากครอบครัวและการปรับตัวในที่อยู่ใหม่ จึงคาดว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเปราะบางและเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

จากการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุของต่างประเทศ พบว่า มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Fried et al., 2001) ในสถานบริบาล (Nursing home) พบว่า มีภาวะเปราะบางสูงถึงร้อยละ 52.3 (Kojima, 2015) สำหรับในประเทศไทย นุชอนงค์ อินทนู (2555) ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในชุมชน จังหวัดกระบี่ พบผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 27.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความเปราะบาง ร้อยละ 43.5 และสุพรรณิ ใจดี (2559) ได้ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 32.14 การศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในสถานดูแลระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบ้านพักคนชรา ดังนั้นจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรามีความเปราะบางมากกว่าในชุมชน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า ภาวะเปราะบางพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น รวมทั้งการอยู่อาศัยในสถานที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักคนชราจะมีความชุกของภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนทำให้มีภาวะพึ่งพามากขึ้น มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนและมีภาวะทุพพลภาพตามมา (Kojima, 2015)

ผลกระทบจากภาวะเปราะบาง ด้านร่างกาย พบว่า มีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อทำให้มีการเคลื่อนไหวช้าลง ส่งผลให้เกิดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน (Ferrucci et al., 2004; Topinková, 2008; Srinivas-Shankar & Wu, 2009) การศึกษาในแคนาดา พบว่า ช่วงอายุ 65-74 ปี ผู้ที่มีภาวะเปราะบาง มีการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 ส่วนในช่วงอายุ 75-84 ปี เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50 และเมื่ออายุ 85 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80 และการศึกษาของ Kwong, Lai & Chan (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความต้องการการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายถึงร้อยละ 68.1 และต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวและการเดิน ร้อยละ 75.8 ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม พิกการ ต้องนอนโรงพยาบาล (Rockwood, Andrew & Mitnitski, 2007) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 6.9 เท่า (Romero-Ortuno et al., 2010) ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวล เนื่องจากการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ยากลำบากมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้ดูแลและภาวะเปราะบางยังส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเดิมอยู่แล้ว มีอาการกำเริบมากขึ้นอีกด้วย (Puts et al., 2005) และด้านสังคม พบว่า ต้องให้การดูแลและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ (Fried et al., 2004) จึงควรมีการป้องกันภาวะเปราะบาง เช่น การออกกำลังกาย การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วมในสังคม จะสามารถชะลอการเข้าสู่ภาวะเปราะบางได้ (Fried et al., 2001)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุมีหลายประการ จากการศึกษาของ Fried et al. (2001) พบว่า อายุที่มากขึ้นจะพบความชุกของภาวะเปราะบางมากขึ้น เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำจะพบความชุกของภาวะเปราะบางสูง (Song, Mitnitski & Rockwood, 2010) และผู้ที่มีการศึกษาต่ำหรือไม่ได้เรียนหนังสือจะมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง (นุชนองค์ อินทนู, 2555) จำนวนโรคร่วมหลายโรคหรือตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปจะพบความชุกของภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่มีโรคเดียวหรือไม่มีโรคเลย (Espinoza & Fried, 2007; Landi et al., 2012) ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอด โรคข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน ภาวะบกพร่องของการรู้คิด จะเพิ่มความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะเปราะบางและเสียชีวิตได้ (Ávila-Funes et al., 2009; Jurschik et al., 2012; Matusik et al., 2012) ผู้ที่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทำให้รู้สึกไม่อยากทำอะไร อ่อนล้า เก็บตัวเงียบ ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความอ่อนแอทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและเกิดภาวะเปราะบางตามมา (Fried et al., 2001; Chen et al., 2014) ผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหารจะทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลงส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางได้ (Eyigor et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม (Woo et al., 2005)

ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน (Dent & Hoogendijk, 2014) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Chen et al., 2014) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (Kwong et al., 2014) มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในบ้านพักคนชรา บางคนมีปัญหาด้านสุขภาพ ขาดผู้ดูแล หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชราแล้ว ทำให้ความต้องการด้านการดูแลมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการคัดกรองภาวะเปราะบางตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้ทราบปัจจัยและสามารถนำมาบำบัดแก้ไขได้ทันเวลา

ในประเทศไทย พบว่า มีเพียงการสำรวจความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนจังหวัดกระบี่ ของ นุชอนงค์ อินทนู (2555) และการสำรวจความชุกของภาวะเปราะบางในเขตกรุงเทพมหานคร ของ สุพรรณณี ใจดี (2559) แต่ยังไม่พบการศึกษาภาวะเปราะบางและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในบ้านพักคนชรา ซึ่งบริบทการพักอาศัยในบ้านพักคนชรา มีความแตกต่างจากชุมชน จึงคาดว่าน่าจะมีภาวะเปราะบางแตกต่างจากชุมชน ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุและเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำไปจัดกระทำทางการแพทย์เพื่อชะลอความเสื่อมตามวัยและลดความรุนแรงที่เกิดจากภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม จึงควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เนื่องจากผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราดังกล่าวสามารถช่วยเหลือตัวเองและสามารถประเมินภาวะเปราะบางได้

คำถามการวิจัย

1. ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้าน อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดของ Fried, Darer & Walston (2003) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยา มีการลดลงของพลังงานสำรองในหลาย ๆ ระบบของร่างกายอย่างต่อเนื่อง พบมากตามอายุที่มากขึ้น ผู้ที่มีภาวะโรคร่วม (comorbid) ความพิการและผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบภูมิคุ้มกันและต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ พลังงานในร่างกายลดลง เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกมากระตุ้น เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ อาการที่มักพบในผู้ที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่ทำกิจกรรมและรับประทานอาหารน้อยลง มีมวลกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia) มวลกระดูกลดลง ทำให้มีการเดินผิดปกติและยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การหกล้ม ภาวะพึ่งพา การนอนโรงพยาบาลและเสียชีวิต อาการทางคลินิกเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้ ดังนั้นผู้ที่มีภาวะเปราะบางจึงเป็นกลุ่มที่ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและให้การดูแลอย่างเป็นระบบ

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางและบางตัวแปรสามารถที่จะนำมาจัดกระทำทางการแพทย์เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้ ดังนั้นตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาได้แก่ อายุ เพศ จำนวนโรค ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลง ความแข็งแรงลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 30 เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Fried et al, 2001) แต่ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา พบว่า มีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 (Fried et al, 2004) และ Ng et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบางมากขึ้น (Odds Ratio=2.97) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชอนงค์ อินทนู (2555) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ สุพรรณิ ใจดี (2559) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอายุที่มากขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio=1.14) (Chen et al., 2014) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อลดลง และเป็นลักษณะที่ชัดเจนของภาวะเปราะบาง ดังนั้น จึงคาดว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบาง

เพศ บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านสรีรวิทยา บุคลิกภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศ

ชาย (Fried et al., 2001) โดยเพศหญิงพบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7.3 เพศชายพบร้อยละ 3.1 (Romero-Ortuno et al., 2010) แต่การศึกษาของ นุซอเนงค์ อินทนู (2555) พบว่า เพศชายมีความเปราะบางมากกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศชายที่เป็นหม้ายและอยู่คนเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ ใจดี (2559) พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจาก เพศชายมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีอายุ 60-69 ปี มีอัตราสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึง 10 เท่า และมีจำนวนการสูบบุหรี่ต่อวันสูงกว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้สุขภาพทรุดลงอย่างรวดเร็วเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเปราะบาง (Levers, Estabrook & Ross Kerr, 2006) ฉะนั้น จึงคาดว่า เพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

โรคร่วม ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ จึงพบว่า ผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคและเป็นสาเหตุของการตายและภาวะทุพพลภาพการเกิดโรคร่วมหลายโรคจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้เกิดความเปราะบางได้ (Jurschik et al., 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางมากขึ้น (Landi et al., 2004; Lally & Crome, 2007; Li et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุซอเนงค์ อินทนู (2555) พบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปมีภาวะเปราะบางร้อยละ 88.9 โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีเพียงหนึ่งโรค และ Li et al. (2010) ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง พบภาวะเปราะบางร้อยละ 3.7 ผู้ที่มีโรคเดียว พบร้อยละ 11 และมีมากกว่า 2 โรค พบร้อยละ 85.3 ดังนั้นเชื่อได้ว่า โรคร่วมสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้

ภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการที่มักเกิดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มักพบว่า มีความรู้สึกซึมเศร้า ว่าเหว่ หดหู่ เนื่องจากรู้สึกถูกละทิ้งจากญาติหรือขาดคนดูแล การเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเปราะบาง (Woo et al., 2005) เนื่องจาก ลักษณะของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีน้ำหนักลด เริ่มเคลื่อนไหวช้าลง มวลกล้ามเนื้อลดลง ความแข็งแรงและความทนต่อการออกกำลังกายลดลง มีโรคเรื้อรังหลายโรค จึงส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางตามมา (Fried et al., 2001; Espinoza & Fried, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jurschik et al. (2012) และ Chen et al. (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีแรง รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรม นำไปสู่ภาวะเปราะบางได้ การศึกษาของ Dent & Hoogendijk (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio=2.66) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะของภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (Brown et al., 2014; Almeida et al., 2015)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ต้องเผชิญกับการสูญเสียบทบาท การสูญเสียอำนาจและคุณค่าแต่พำพ นตัวเอง ประกอบกับสังคมในปัจจุบันผู้สูงอายุขาดคนดูแล อยู่คนเดียว มีโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลมากขึ้น มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องเข้ามาอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราที่รัฐบาลจัดไว้ให้ และผู้สูงอายุมีความคาดหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม การให้คำปรึกษาทั้งด้านสุขภาพ อารมณ์ สิ่งของและข้อมูลข่าวสาร Espinoza & Walston (2005) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย เนื่องจากขาดการทำกิจกรรมกับสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะเปราะบางก็มักจะถูกจำกัดด้วยการเคลื่อนไหวทำให้เข้าสังคมน้อยลง หากครอบครัวหรือสังคมให้การสนับสนุนก็จะชะลอความเปราะบางในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Woo et al. (2005) พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะเปราะบาง เนื่องจากการขาดสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ส่งผลต่อภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการมีส่วนร่วมในสังคม สามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ (Odds Ratio=1.34) (Dent & Hoogendijk, 2014)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัย ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง
2. อายุ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา
3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ

คำจำกัดความของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะเปราะบาง หมายถึง อาการอ่อนแอ อ่อนแรง หง่อม มีการสูญเสียความแข็งแรงของมวลกล้ามเนื้อเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของผู้สูงอายุในหลาย ๆ ระบบอย่างต่อเนื่อง จากอายุที่มากขึ้นและการถูกระงับจากหลายปัจจัยทั้งภายในร่างกายและสิ่งแวดล้อมภายนอก ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางของ Fried et al. (2001) ที่แปลและดัดแปลงโดย นุชอนงค์ อินทนู (2555) คำถามประกอบไปด้วย 1) น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจภายใน 1 ปีที่ผ่านมา 2) ภาวะหมดแรงในการทำกิจกรรมถ้ามากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ แปลผลว่ามีภาวะหมดแรง 3) กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใช้เครื่องวัดแรงบีบมือ 4) เดินช้าลง ประเมินโดยทดสอบการเดิน 15 ฟุต (4.5 เมตร) แล้วจับเวลา และ 5) การทำกิจกรรมลดลง สอบถามเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุใน 1 สัปดาห์ การแปลผลภาวะเปราะบาง คือ ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยกว่า 3 ลักษณะ แสดงว่าไม่มีภาวะเปราะบาง และมีอาการตั้งแต่ 3 ลักษณะขึ้นไปแสดงว่ามีภาวะเปราะบาง

บ้านพักคนชราของภาครัฐ หมายถึง สถานบริการของภาครัฐ ที่มีบริการด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดคนเลี้ยงดู ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ หรือสมองเสื่อม เสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ต่ำหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการบริการ เป็นบ้านพักคนชราในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้แก่ 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) 2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี และ 3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อนำมาศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

อายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล เป็นจำนวนตัวเลขที่นับเป็นปี ถ้าอายุเดือนมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี ได้จากข้อมูลในบัตรประชาชน

เพศ หมายถึง ลักษณะซึ่งแสดงความเป็นหญิงหรือชายของผู้สูงอายุ ได้จากข้อมูลในบัตรประชาชน

โรคร่วม หมายถึง โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในปัจจุบันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอยู่ ข้อมูลได้จากเวชระเบียนผู้สูงอายุ และชนิดของยาที่ได้รับประทานในปัจจุบัน โดยระบุว่า มีหรือไม่มีโรคร่วม

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความแปรปรวนของกลุ่มอาการด้านอารมณ์ความรู้สึก การรู้คิดและพฤติกรรมที่แสดงออกมาของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ซึ่งทำให้เกิดอาการและอาการแสดง คือ ไม่มีความสุข ไม่กระตือรือร้น เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวอยู่คนเดียว หลีกเลียงการทำกิจกรรม ทำให้การทำกิจกรรมทางกายลดลง การประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่แปลโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) มีข้อคำถาม 30 ข้อ การแปลผล ค่าคะแนนยิ่งมากแสดงถึงการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราได้รับการดูแลทางกายและจิตใจ จากบุคลากรในบ้านพักคนชรา ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด พี่เลี้ยงและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราด้วยกัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีสุขภาพอนามัยที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีกำลังใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความใกล้ชิดและความรักความผูกพัน การมีส่วนร่วมในสังคม การทำประโยชน์ต่อผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและการได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (ข่าวสาร คำแนะนำ อารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) มีจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Brandt & Weinert (1985) คะแนนที่มากแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัย การจัดทำโครงการทางการแพทย์ เพื่อชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่
อยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความ และ
งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
2. ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของภาวะเปราะบาง
 - 2.2 อุบัติการณ์หรือความชุกของภาวะเปราะบาง
 - 2.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะเปราะบาง
 - 2.4 สาเหตุของภาวะเปราะบาง
 - 2.5 อาการและอาการแสดงของภาวะเปราะบาง
 - 2.6 ผลกระทบของภาวะเปราะบาง
 - 2.7 การประเมินภาวะเปราะบาง
 - 2.8 การรักษาภาวะเปราะบาง
3. ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา
 - 3.1 ความหมายของบ้านพักคนชรา
 - 3.2 แนวคิดการดูแลของหน่วยงานภาครัฐ
 - 3.3 คุณสมบัติผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา
 - 3.4 การดูแลและการบริการ
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา
 - 4.1 อายุ
 - 4.2 เพศ
 - 4.3 โรคร่วม
 - 4.4 ภาวะซึมเศร้า
 - 4.5 การสนับสนุนทางสังคม
5. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่อยู่ในบ้านพักคนชรา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สังคมโลกในยุคศตวรรษที่ 21 กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (completed aged society) โดยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) รายงานว่า ผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ปีพ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 12.2 และในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 16 จนถึงร้อยละ 19.8 นอกจากสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยมากขึ้นด้วย กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2557 เพศชายมีอายุเฉลี่ย 72 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 79 ปี และอีก 10 ปีข้างหน้าอายุคาดเฉลี่ย เพศชายมีอายุประมาณ 76 ปี และเพศหญิงมีอายุประมาณ 83 ปี (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557)

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

Miller (1995) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงโดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายในทางที่เสื่อมลง

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปซึ่งมีการเรียกที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่า ผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่บางคนมีลักษณะแก่ชราทั้งที่อายุยังไม่มากก็ได้ 2) เรียกตามปีปฏิทิน เช่น ผู้สูงอายุ (Older person) ซึ่งเป็นการเรียกที่เป็นที่นิยมใช้ทั่วไป 3) เรียกตามสภาพทางสังคม เช่น ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior citizen) (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ให้คำจำกัดความ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง แบ่งเป็นผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ผู้สูงอายุ

ตอนกลางอายุระหว่าง 70 - 79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายในทางที่เสื่อมถอยลง

1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้น บุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542; วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมีการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นกระบวนการสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลและเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาจะแสดงออกให้เห็นทางด้านร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ระบบอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมหน้าที่ลง เช่น เส้นผมน้อยลง สิวผมและขนเปลี่ยนเป็นสีขาว ผิวหนังขาดความยืดหยุ่น มีไขมันใต้ผิวหนัง ผิวหนังแห้งเหี่ยวและตกกระจากการเสื่อมของต่อมไขมัน จำนวนเนื้อเยื่อลดลง โครงกระดูกและข้อเือง งอ ส่วนสูงลดลงชั้นผิวหนังบางลง ทำให้เกิดบาดแผลได้ง่าย การทำงานของต่อมเหงื่อลดลงทำให้การระบายความร้อนลดลงด้วย

2) การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ ปกติกล้ามเนื้อในร่างกายมี 2 ชนิดคือ กล้ามเนื้อลาย เป็นกล้ามเนื้อของอวัยวะต่าง ๆ ที่เราสามารถมองเห็น และกล้ามเนื้อเรียบ คือ กล้ามเนื้อของอวัยวะภายในร่างกาย เช่น หัวใจ กระเพาะอาหาร ลำไส้ เป็นต้น บรรลุ ศิริพานิช (2542) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อลายในผู้สูงอายุนั้น ถ้ามีการใช้งานหรือออกกำลังกายสม่ำเสมอก็สามารถชะลอความเสื่อมได้ เพราะการเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุที่อยู่เฉย ๆ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อส่วนนั้น

3) การเปลี่ยนแปลงของระบบสมองและประสาทรับความรู้สึก พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนกลางและประสาทส่วนรอบนอก เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ทำให้ขนาดสมองและน้ำหนักสมองลดน้อยลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น มีการรับความรู้สึกลดลง การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นลดลง เนื่องจากความเร็วในการส่งประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ได้แก่ การเคลื่อนไหว และความคิดช้าลง เกิดอาการหลงลืม ความจำเสื่อม ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินลดลง รวมทั้ง ระบบการรับรส การรับกลิ่นและการสัมผัสทางกายเสื่อมลง

4) การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ โดยหัวใจจะมีขนาดใหญ่ขึ้น

มวลของหัวใจจะเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะมีการแข็งตัว ความแรงในการบีบตัวจะลดลงและความดันโลหิตสูงหรือมีภาวะของไขมันในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

5) การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ ผู้สูงอายุมีลักษณะการหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างกระดูก ซึ่งสัมพันธ์กับการทำงานของกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทรวงอกมีความแข็งแบบตายตัว (rigidity) เพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นของผนังทรวงอก (chest wall compliance) ลดลง จึงทำให้ต้องใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ มีการเคลื่อนไหวขณะหายใจออกจะน้อยกว่าการหายใจเข้า ถุงลมจะแบนและบางลงทำให้การขยายตัวและยืดหยุ่นได้น้อย ถุงลมจะโป่งพองทำให้หายใจหอบเหนื่อยง่าย

6) การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร การรับรู้รสอาหารเสื่อมลง จะสูญเสียการรับรสเค็มและขม ส่วนการรับรสหวานและเปรี้ยวยังปกติอยู่ ปริมาตรของตับและการไหลเวียนเลือดในตับลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

7) การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ การไหลเวียนเลือดไปสู่ไตลดลงขนาดและจำนวนหน่วยไต (nephron) ลดลง มักมีปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะการบังคับกล้ามเนื้อหูรูดไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีปัสสาวะเล็ด โดยเฉพาะเวลาไอและจาม

8) การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกัน ต่อมไร้ท่อที่มีหน้าที่สังเคราะห์ฮอร์โมนทำงานประสานกันกับระบบประสาทเพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างผาสุก กระบวนการชราามีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบไม่ทราบสาเหตุ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคออโตอิมมูน (autoimmune disease) โรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็งได้

9) การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศและขนาดของอวัยวะ มักส่งผลให้มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น หดหู่ซึมเศร้าหรือหงุดหงิดก้าวร้าว เป็นต้น

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ในวัยสูงอายุมีการลดบทบาทหน้าที่ลง ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง มีความยากลำบากในการปรับตัวจนเกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลที่รักโดยเฉพาะการสูญเสียคู่สมรสจะทำให้เศร้าโศกมากที่สุด ซึ่งผู้ที่มิชีวิตอยู่ต้องคอย ๆ ปรับตัวทีละน้อย การเป็นหม้ายทำให้รู้สึกเหงาในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเพศชายที่เคยได้รับการปรนนิบัติดูแลจากภรรยา เมื่อสูญเสียภรรยาจะทำให้เหงา ในด้านการเกษียณอายุคนในสังคมมองว่าผู้สูงอายุมีความเชื่องช้าปรับตัวไม่ได้ ทำงานมีประสิทธิภาพด้อยกว่าวัยหนุ่มสาว มุมมองเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์และสูญเสียอำนาจ

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ จะทำให้วิตกกังวล หดหู่ ซึมเศร้าและขาดความกระตือรือร้น การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมจะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลง นำไปสู่การเกิดโรค ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

อาจนำไปสู่ความพิการและพึ่งพา ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งต้องใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542)

1.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมโดยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ รวมทั้งมีการขยายตัวและเติบโตเป็นชุมชนเมือง (urbanization) กระจายไปยังจังหวัดสำคัญ ๆ ของภูมิภาคอย่างรวดเร็วส่งผลให้วัยแรงงานจากถิ่นฐานบ้านเกิดของตนเองเข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเพื่อแสวงหาโอกาสด้านความเป็นอยู่และค่าตอบแทนในการทำงานที่ดีกว่า ทำให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545)

2. ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

ภาวะเปราะบางพบมากขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น จากการประมาณการณ์จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2583 พบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและวิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2556) ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ ทำให้นำไปสู่ภาวะเปราะบาง มีความต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ มีอัตราการนอนโรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชราสูงขึ้น อัตราการตายเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง อย่างไรก็ตาม หากมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเปราะบางที่ชัดเจน จะนำไปสู่การป้องกันและชะลอให้เกิดซ้ำลงได้

2.1 ความหมายของภาวะเปราะบาง

เมื่อปี ค.ศ. 1978 Federal Council on Aging (FCA) ในสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มใช้คำว่าเปราะบาง (frailty) และได้อธิบายลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frailty elderly) ว่าเป็นการสะสมของความเสื่อมระบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ ทำให้มีภาวะอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่น การช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันลดลง (Harmerman, 1999) พบได้ในผู้สูงอายุทั่วไป แต่ไม่ได้เกิดกับทุกคน (Gobbens et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของภาวะเปราะบาง มีรายละเอียดดังนี้

Winograd et al. (1988) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นระยะที่เริ่มมาจากภาวะพึ่งพิง มีภาวะเสื่อมอย่างรวดเร็วทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) มีการสูญเสียหน้าที่ของระบบในร่างกาย 2) มีภาวะแทรกซ้อน เช่น สับสน หกล้ม ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และใช้ยาระยะยาว 3) มีโรคเรื้อรังและสูญเสียความสามารถ 4) หลีกหนีหรือเข้ากับสังคมไม่ได้

Speechley & Tinetti (1991) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) อายุมากกว่า 80 ปี 2) มีภาวะซีมเศร้า 3) ใช้อายกกระบบประสาท 4) เริ่มสูญเสียการมองเห็น 5) มีปัญหาการทรงตัว 6) เดินช้าลง 7) การทำงานของข้อไหล่ลดลง 8) การทำงานของข้อเข่าลดลง 9) การทำงานของขาลดลง โดยแบ่งภาวะเปราะบางออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่มีภาวะเปราะบาง มีลักษณะน้อยกว่า 2 ข้อ มีภาวะก่อนเปราะบาง มีลักษณะ 2-4 ข้อ และมีภาวะเปราะบาง มีมากกว่า 4 ข้อ

Rockwood et al. (1994) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นความอ่อนแอที่เกิดจากการเสียสมดุลของระบบสุขภาพและการขาดแคลน ประกอบด้วย มีภาวะพึ่งพา มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สุขภาพเสื่อมถอยลง ขาดแคลนแหล่งประโยชน์ในชุมชน และการใช้บริการด้านสุขภาพ

Rapheal et al. (1994) กล่าวว่า ภาวะเปราะบาง คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมถึงการทำกิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย

Campbell & Buchner (1997) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการกีดกันจากสิ่งแวดล้อม ทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายสูญเสียหน้าที่และทำงานลดลง ได้แก่ การทำงานของกระดูกและกล้ามเนื้อ ความต้องการใช้ออกซิเจน การรู้คิดบกพร่องและการได้รับสารอาหาร

Strawbridge et al. (1998) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติที่มากกว่า 2 ด้าน ต่อไปนี้ 1) ด้านกายภาพ (แขนขาอ่อนแรง เดินเฉียบพลัน เวียนศีรษะเป็นประจำ) 2) ด้านโภชนาการ (น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ) 3) ด้านการรู้คิดบกพร่อง (ความจำ การใช้คำและความสนใจลดลง) 4) ด้านการรับรู้ (การมองเห็นและการได้ยินลดลง)

Fried et al. (2003) กล่าวว่า ภาวะเปาะบาง หมายถึง กลุ่มอาการทางชีววิทยา มีการลดลงของพลังงานสำรองในหลาย ๆ ระบบในร่างกายอย่างต่อเนื่อง พบมากตามอายุที่มากขึ้น ผู้ที่มีภาวะโรคร่วม (comorbid) ความพิการและผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบภูมิคุ้มกันและต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ พลังงานในร่างกายลดลง ถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยภายในและภายนอก ทำให้เกิดอาการ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่ทำกิจกรรมรับประทานน้อยลง มีมวลกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia) การเดินผิดปกติและมวลกระดูกลดลง อาการทางคลินิกเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้

Nourhashemi et al. (2001) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพ กายภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความอ่อนแอและความเครียด

Clegg et al. (2013) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเกิดจากร่างกายที่มีความอ่อนแอ หลังจากเกิดความเครียด เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม สับสนและพิการในผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า ภาวะเปราะบาง หมายถึง กลุ่มอาการทางชีววิทยาที่มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของผู้สูงอายุในหลาย ๆ ระบบอย่างต่อเนื่อง เกิดจากอายุที่มากขึ้นและการถูกกระตุ้นจากหลายปัจจัยทั้งภายในร่างกายและสิ่งแวดล้อมภายนอกทำให้มีอาการอ่อนแอ อ่อนแรง หง่อม และมีการสูญเสียความแข็งแรงของมวลกล้ามเนื้อ

2.2 อุบัติการณ์หรือความชุกของภาวะเปราะบาง

จากการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของยุโรป พบว่า ในกลุ่มตัวอย่าง 15,578 คน ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป พบความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 7.3 กลุ่มที่มีภาวะก่อนเปราะบางพบ ร้อยละ 25.8 และกลุ่มที่ไม่มีภาวะเปราะบางพบร้อยละ 66.9 โดยภาวะเปราะบางจะมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น (Romero-Ortuno et al., 2010) กล่าวคือ เมื่อแบ่งเป็นช่วงอายุ พบว่า อายุ 50-65 ปี พบร้อยละ 4.1 อายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีภาวะเปราะบางร้อยละ 17 (Santos-Eggimann et al., 2009) และอายุ 80 ปีขึ้นไป จะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 (Fried et al., 2001) ส่วนการศึกษาในบ้านพักคนชราในต่างประเทศ มีการศึกษาของ Kojima (2015) ศึกษาในผู้สูงอายุในสถานบริบาล (nursing home) จำนวน 1,163 คน พบว่า มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 52.3 และมีภาวะก่อนเปราะบาง ร้อยละ 40.2 โดยช่วงอายุ 60-69 ปี พบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 49.5 อายุ 70-79 ปี พบ ร้อยละ 45.8 และอายุ 80 ปีขึ้นไป พบ ร้อยละ 61.7 และ Kwong et al. (2014) ได้ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในบ้านพักคนชราที่ฮ่องกง กลุ่มตัวอย่าง 91 คน พบความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 31.6

สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาของ นุชอนงค์ อินทนู (2555) ที่ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในชุมชน จังหวัดกระบี่ พบผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 27.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความเปราะบาง ร้อยละ 43.5 และสุพรรณิ ใจดี (2559) ได้ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 32.14 แต่ยังไม่พบการศึกษาในบ้านพักคนชรา จะเห็นได้ว่าภาวะเปราะบางพบมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น รวมทั้งการอยู่อาศัยในสถานที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักคนชราจะมีความชุกของภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน นำไปสู่ภาวะพึ่งพาที่เพิ่มขึ้นและความชุกที่มากขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

2.3 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะเปราะบาง

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นความรุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา คาดว่าเกิดจากอายุที่มากขึ้น มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) หรือสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ มีการอักเสบเรื้อรัง ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติและการทำงานของระบบประสาทในการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติ (neuroendocrine) ดังตารางที่ 1

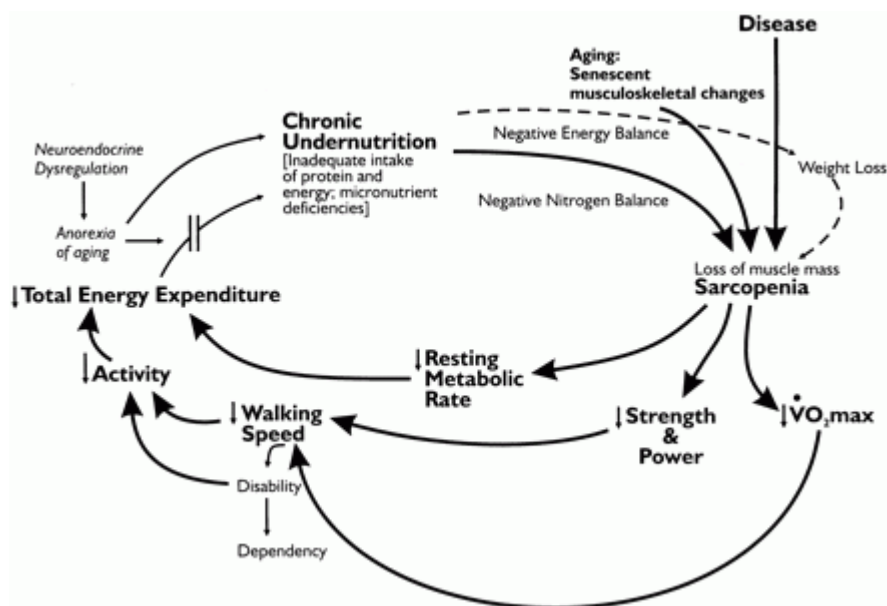
ตารางที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้นกับการทำงานของระบบประสาทในการหลั่งฮอร์โมนและระบบภูมิคุ้มกันที่มีผลทำให้เกิดภาวะเปราะบาง

Dysregulation Neuroendocrine	Immune dysfunction
Testosterone ลดลง	Interlukin-6 (IL-6) ลดลง
Estrogen ลดลง	
Growth hormone ลดลง	
DHEA- S ลดลง	
SNS activity เพิ่มขึ้น	
cortisol เพิ่มขึ้น	

ที่มา: Fried, Darer & Walston (2003) และ Fried & Walston (2003)

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุที่แท้จริงในการเกิดภาวะเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ศึกษาในผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยอื่นและมีหลักฐานสนับสนุนได้ว่า อายุที่มากขึ้นมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทในการหลั่งฮอร์โมน (neuroendocrine) และระบบภูมิคุ้มกัน (immune system) ที่มีผลทำให้เกิดภาวะเปราะบาง เช่น ฮอร์โมนการเจริญเติบโตที่มีโครงสร้างคล้ายอินซูลิน (IGF-1) และฮอร์โมนเพศที่สร้างจากต่อมหมวกไต (Dehydroepiandrosterone: DHEA-S) จะลดลงตามอายุ (Lamberts, Van den Beld & van der Lely, 1997) ซึ่งมีผลต่อการสูญเสียความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ฮอร์โมนเพศชายและฮอร์โมนเพศหญิงจะลดลงตามอายุที่ลดลงด้วย อายุที่เพิ่มขึ้นจะรบกวนการทำงานของระบบฮอร์โมนจากต่อมใต้ทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis: HPA axis) ส่งผลต่อการอักเสบที่เพิ่มขึ้นและเป็นสมมติฐานของการเกิดภาวะเปราะบาง (Stouthard et al., 1995) การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) จะเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เมื่อระดับคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่ออินซูลิน เพิ่มอัตราเกิดโรคกระดูกพรุนและกระดูกสะโพกหัก ความจำลดลง รวมถึงภาวะเปราะบางด้วย และระดับของ Interleukin-6 (IL-6) ที่สูงขึ้นมีผลต่อการรักษามวลกล้ามเนื้อและเพิ่มการผลิตฮอร์โมน norepinephrine และ cortisol ผ่านระบบ HPA ข้างต้น ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง (Lipsitz & Goldberger, 1992; Ferrucci, 1999)

การศึกษาส่วนใหญ่ให้ข้อสรุปว่า ระบบในร่างกายเมื่อมีการตอบสนองต่อความเครียด ระดับโมเลกุลในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการสูญเสียพลังงานสำรองทางสรีรวิทยา ซึ่งการลดลงนี้เกิดจากการการทำงานของระบบประสาทและการเผาผลาญลดลง นำไปสู่ภาวะเปราะบาง ถ้าหากเกิดหลายสาเหตุร่วมกันจะทำให้ระบบในร่างกายสูญเสียสมดุลและเกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การติดเชื้อเฉียบพลัน การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความเปราะบางมากขึ้นและทำให้การรักษาแย่งลง



ภาพที่ 1 วงจรการเกิดภาวะเปราะบาง

ที่มา: Fried, Darer & Walston (2003)

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเปราะบาง แต่อาการทางคลินิกหรือฟีโนไทป์ของภาวะเปราะบางก็สามารถจะพัฒนาไปเป็นอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น น้ำหนักลดหรือการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ส่งผลให้อ่อนแรง ความทนทานต่อการออกกำลังกายน้อยลง ความเร็วในการเดินลดลงและการทำกิจกรรมลดลง ในระยะสุดท้ายของภาวะเปราะบางจะมีความผิดปกติทางชีวเคมีที่ประกอบด้วยกลุ่มอาการสูญสลาย (wasting syndrome) เช่น ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (hypoalbuminemia) และภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ (hypercholesterolemia) องค์ประกอบของวงจรของภาวะเปราะบาง (ดังแสดงในภาพที่ 1) ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (undernutrition) ภาวะสูญสลายกล้ามเนื้อและน้ำหนักลด (sarcopenia and weight loss) ภาวะอ่อนแรง (weakness) ความทนทานต่อการออกกำลังกายต่ำ (lower exercise tolerance) การเคลื่อนไหวช้า (slowed motor) และระดับการทำกิจกรรมต่ำ (low activity level) (Fried et al., 2001; Fried & Walston, 2003) ปัจจัยเหล่านี้เป็นอาการทางคลินิกของกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) วงจรนี้อธิบายโดยยกตัวอย่าง เช่น เริ่มจากการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารลดลงทำให้ได้รับพลังงานน้อยลง อาจเกิดจากปัจจัย เช่น ประสิทธิภาพการรับรสและกลิ่นลดลง ฟันไม่ดี สมองเสื่อม ซึมเศร้า การเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้ได้รับสารอาหารและพลังงานลดลง นำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการ การที่ร่างกายได้รับโปรตีนน้อยและขาดสมดุลของเกลือแร่ ส่งผลต่อมวลกล้ามเนื้อทำให้ขาดความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อน้อย ความทนทานต่อการออกกำลังกายลดลง การทรงตัวและการเดินช้าลง มีแนวโน้มทำให้เกิด

ความทุพพลภาพได้ในระยะยาว วงจรภาวะเปราะบางนี้อาจจะเริ่มที่จุดใดก็ได้ สามารถทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้เช่นกัน จากการศึกษาอาการของภาวะเปราะบางของ Fried et al. (2001) อธิบายว่าแค่เพียง 1 หรือ 2 อาการหลัก ๆ สามารถพัฒนาไปสู่ภาวะเปราะบางได้ในอีก 3 ปี เมื่อมี 3 อาการขึ้นไปถือว่าเข้าสู่ภาวะเปราะบาง และถ้ามีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ สำหรับภาวะก่อนเปราะบางจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง จำเป็นต้องรักษาโดยการชะลอไม่ให้เกิดดีที่สุด

2.4 สาเหตุของภาวะเปราะบาง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะเปราะบางเกิดจากหลายสาเหตุดังต่อไปนี้

2.4.1 การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ภาวะเปราะบางมีสาเหตุจากการเสื่อมตามวัย และอายุที่มากขึ้น มีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เช่น การอักเสบ การลดลงของภูมิคุ้มกันในร่างกาย ภาวะซีด ระบบต่อมไร้ท่อและระบบกล้ามเนื้อและกระดูก Walston et al. (2006) อธิบายว่า การติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง เนื่องจากการติดเชื้อมีการเพิ่มของระดับ C-reactive protein และการแข็งตัวของเลือด Factor VIII และ D-dimer ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยและเกิดภาวะเปราะบางได้ ระบบภูมิคุ้มกันลดลงเมื่อมีการกระตุ้นของ endotoxin lipopolysaccharide จะทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลันและเกิดการลดลงของ peripheral blood mononuclear cells (PBMCs) เพิ่มการสร้าง interleukin-6 ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

2.4.2 การเจ็บป่วยและโรคร่วม (Medical Illness/Comorbidity) ผู้สูงอายุแต่ละคนมีปัญหาทางสุขภาพไม่เหมือนกัน บางคนมีโรคร่วมหลายโรค บางคนมีการพึ่งพาการทำกิจวัตรประจำวันไม่เท่ากัน จากการศึกษาของ Fried et al. (2001) พบว่าร้อยละ 27 ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน จะมีภาวะเปราะบาง และการเกิดความพิการทำให้การทำงานของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ภาวะเปราะบางก็สามารถทำนายการเกิดความพิการได้ โดยอาจเกิดภาวะพึ่งพาในอีก 3 ปี และมีอัตราการเสียชีวิตสูง (Fried et al., 2001; Woods et al., 2005) ผู้ที่มีโรคเรื้อรังจะมีภาวะเปราะบางได้ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคหัวใจ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับแรงบีบตัวของเลือด ประเมินได้จากการทดสอบการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม มะเร็งและปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถทำนายให้เกิดภาวะเปราะบางได้ (Woods et al., 2005) ด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเปราะบาง (Woods et al., 2005) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความเปราะบางทางด้านชีววิทยา มีน้ำหนักลด การทำกิจกรรมลดลง มวลกล้ามเนื้อลดลง ความแข็งแรง การทนต่อการออกกำลังกายลดลงและทำให้เกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ส่วนผู้ที่มีความสุขจะมีภาวะสุขภาพดี นอกจากนี้ยัง พบว่า ภาวะขาดสารอาหาร ผอม ยังเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะเปราะบาง เนื่องจากการ

มีกล้ามเนื้อลีบหรือมวลกล้ามเนื้อลดลง และยังพบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน มีภาวะเปราะบางได้ เรียกว่า Sarcopenic obesity จะมีลักษณะกล้ามเนื้อน้อยและลีบ ระบบการเผาผลาญไม่ดี จึงทำให้เกิดภาวะเปราะบางตามมาได้

2.5 อาการและอาการแสดงของภาวะเปราะบาง

โดยทั่วไปผู้ที่มีภาวะเปราะบางมักมีภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางสรีรวิทยาที่เกิดจากความเสื่อมของมวลกล้ามเนื้อ และส่งผลเสียต่อสุขภาพทำให้เกิดอาการแสดงอื่น ๆ ตามมา เช่น น้ำหนักลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หดแรง การเดินช้าลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง (Fried et al., 2001) ส่งผลให้เกิดความพิการ การพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม ภาวะขาดสารอาหาร น้ำหนักลดหรือมวลกล้ามเนื้อน้อย (Morley, 2010; Tamura et al., 2013; Bell et al., 2013; Morley et al., 2014; Bell, Lee & Tamura, 2015; Kaehr et al., 2015) สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้กล่าวถึง ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) เกิดจากกลไกการสร้างและสลายโปรตีน ปริมาณไขมันในกล้ามเนื้อ ปริมาณฮอร์โมนและการทำงานของระบบประสาทลดลง มีการขาดสารอาหารประเภทโปรตีน ทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง ภาวะดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ พบในผู้ป่วยที่นอนติดเตียง ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกาย ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และการดูดซึมอาหารผิดปกติ การประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจะประเมินร่วมกับความแข็งแรงของมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง เช่น การวัดแรงกำมือ โดยใช้ Handgrip strength หรือการวัดสมรรถภาพทางกายของกล้ามเนื้อ โดยวัดความสามารถในการทรงตัว การเดิน และความทนทานในการทำงานของกล้ามเนื้อ ได้แก่ การวัด Physical Performance Battery (SPPB), Timed up-and-go test (TUGT), Stair climb power test (SCPT) นอกจากนี้ยังมีการวัดมวลกล้ามเนื้อที่ใช้ในคลินิก โดยการใช้ภาพถ่ายรังสีหรือการทำ Bioimpedance analysis (BIA)

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นลักษณะที่พบในผู้ที่มีภาวะเปราะบางโดยทั่วไปจะส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ (Fried et al., 2001)

1) น้ำหนักลดลงโดยไม่ตั้งใจ (unintentional weight loss) อย่างน้อย ร้อยละ 5 หรือ 4.5 กิโลกรัมใน 1 ปีที่ผ่านมา อาการน้ำหนักลดเป็นอาการทางคลินิกของภาวะเปราะบางที่เกิดจากการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ขาดโปรตีนจะทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลงและผอม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจะมีความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง จึงทำให้น้ำหนักลดลง

2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (weakness) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการลดลงของการกระตุ้นกล้ามเนื้อของระบบประสาท ทำให้ระดับการทำงานของสารสื่อประสาทลดลง ลดการกระตุ้นการเคลื่อนไหวและเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Srinivas-

Shankar & Wu, 2009) ประเมินกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้จากการวัดแรงกำมือ โดยใช้เครื่องวัดแรงกำมือ (Handgrip strength)

3) ความรู้สึกลมดแรง (exhaustion) เป็นความรู้สึกว่าการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำ ลำบากมากขึ้น หรือรู้สึกว่าไม่อยากทำกิจกรรม เช่น ทำงานบ้าน ทำสวน เป็นต้น

4) การเดินช้าลง (low walking speed) เป็นอาการที่เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขาจากการเสื่อมของระบบประสาทที่ส่งกระแสประสาทมากระตุ้นการเคลื่อนไหวลดลง นอกจากนี้ยังเกิดจากมวลกล้ามเนื้อลดลงหรือมีความเสื่อมของข้อเข่า ทำให้เดินช้าลง

5) การทำกิจกรรมลดลง (low physical activity) ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อน ทำให้เกิดภาวะเปราะบาง ส่งผลต่อให้เกิดภาวะพึ่งพา การทำกิจวัตรประจำวันลดลง กิจกรรมที่เคยทำได้ ปัจจุบันทำไม่ได้หรือทำได้น้อยลง

จากอาการและอาการแสดงข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจะมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน มีภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งจากผู้ดูแลในครอบครัวและจากบ้านพักคนชรา โดยมีทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะหกล้ม การเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางสามารถประเมินได้จากมวลกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางด้านร่างกาย โดยประกอบด้วยคุณลักษณะตั้งแต่ 3 ลักษณะขึ้นไปจาก 5 คุณลักษณะดังกล่าวข้างต้น เพื่อใช้ในการวินิจฉัยภาวะเปราะบาง

2.6 ผลกระทบของภาวะเปราะบาง

2.6.1 ด้านร่างกาย จากความเสื่อมของระบบต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน (Fried et al., 2004) การลดลงของมวลกล้ามเนื้อทำให้มีการเคลื่อนไหวช้าลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แต่งตัว ทำอาหาร เดินทางนอกบ้าน (Ferrucci et al., 2004; Topinková, 2008) ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหัก พิกการ ต้องนอนโรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชราและเสียชีวิต นอกจากนี้ พบว่าภาวะเปราะบางสามารถทำนายการหกล้มได้ภายใน 3 ปี เสี่ยงต่อการหกล้มครั้งแรก ร้อยละ 28 (Srinivas-Shankar & Wu, 2009) และผู้ที่มีภาวะก่อนเปราะบางจะเข้าสู่ภาวะเปราะบางในเวลา 3 ปี (Rockwood, Andrew & Mitnitski, 2007) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความเปราะบาง (Strawbridge et al., 1998; Paw et al., 1999)

2.6.2 ด้านจิตใจ เมื่ออายุมากขึ้น ปัญหาที่ต้องเผชิญนอกจากด้านร่างกายแล้ว ยังพบว่าปัญหาด้านจิตใจพบมากขึ้น เนื่องจากการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มีความวิตกกังวล กลัวการเป็นภาระของผู้ดูแล หดหู่ รู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง แยกตัว จากการศึกษาของ

Puts et al. (2005) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง จะมีความรู้สึกแย่ง วิดกกังวล เนื่องมาจาก ภาวะสุขภาพที่แย่งและเดินลำบาก ทำให้พบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ไม่สามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้ และยังพบว่ามีการของภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเดิมอยู่แล้ว

2.6.3 ด้านสังคม ภาวะเปราะบางด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา โดยเฉพาะ ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น โรคกระดูกพรุน โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน โรค ความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม ประสบปัญหาการต้องการการดูแลและช่วยเหลือ กิจวัตรประจำวันมากขึ้น เพิ่มภาระการดูแลทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งค่ารักษา ค่ายา ค่าของใช้ อุปกรณ์เสริมที่จำเป็น เช่น ไม้เท้า รถเข็น เป็นต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ (Fried et al., 2004)

สรุปได้ว่า ภาวะเปราะบางจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม จากความเปราะบางของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหลายระบบในเวลา อันรวดเร็ว เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม การเกิดโรคเรื้อรัง การรักษาตัวในโรงพยาบาล การเข้าสู่ภาวะ พึ่งพาและเสียชีวิต ผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อไปยังสภาพจิตใจของแต่ละบุคคลและ ครอบครัว ขยายไปถึงเศรษฐกิจและสังคมตามมา

2.7 การประเมินภาวะเปราะบาง

การตรวจคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ควรจะมีการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะพึ่งพิง เพื่อให้บุคคลากรทางด้านสุขภาพค้นหาแนวทางในการป้องกัน รักษาหรือชะลอ ภาวะเปราะบางเพื่อไม่ให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เกิดภาวะหกล้ม การเข้านอนใน โรงพยาบาล เป็นต้น กลุ่มเสี่ยงที่ควรมีการคัดกรองแต่เนิ่น ๆ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีน้ำหนัก ลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ การใช้แรงในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ มี การทำกิจกรรมลดลง (low physical activity) และผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคกระดูกและข้อ (สถาบัน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ สามารถตรวจหาระดับวิตามินดีในเลือด โดยค่าที่ ต่ำกว่า 60 mmol/L จะมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเปราะบาง การลดลง ของ Free testosterone น้อยกว่า 146 mmol/L จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะอ่อนแรงในเพศชาย การตรวจพบการเพิ่มขึ้นของ Interleukin-6 และ C-reactive protein มีความสัมพันธ์กับภาวะ เปราะบาง (Campbell & Szoeki, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาถึงการประเมินภาวะเปราะบางทางด้าน ร่างกายที่ง่าย ดังต่อไปนี้

2.7.1 Frailty phenotype จากการศึกษาของ Cardiovascular Health Study (CHS) (Fried et al., 2001) โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง (frailty screening tool) ประกอบลักษณะ

อาการและอาการแสดง 3 อย่างขึ้นไปจาก 5 อย่างได้แก่ 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี 2) กล้ามเนื้ออ่อนแรง 3) ความรู้สึกหมดแรง 4) เดินช้าลง 5) การทำกิจกรรมลดลง สามารถวินิจฉัยได้ว่าถ้ามีอาการตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป แสดงว่ามีภาวะเปราะบาง และถ้ามี 1-2 อาการแสดงว่า เสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง

2.7.2 Simple FRAIL questionnaire screening tool (FRAIL scale) เป็นแบบประเมินภาวะเปราะบาง ประกอบไปด้วยเกณฑ์การ 5 ข้อ สามารถวินิจฉัยได้ว่าถ้ามีอาการตั้งแต่ 3 อาการขึ้นไป สามารถวินิจฉัยว่ามีภาวะเปราะบาง และถ้ามี 1-2 อาการแสดงว่า เสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง (Morlay, Malmstrom & Miller, 2012) ดังนี้ 1) Fatigue มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) Resistance การพักระหว่างการเดินขึ้นบันได 10 ขั้น 3) Ambulation มีปัญหาการเดินไกลหลายร้อยเมตร โดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 4) Illness มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 5 โรคขึ้นไป ดังต่อไปนี้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง (ยกเว้นมะเร็งผิวหนัง) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ (heart attack) โรคหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) เจ็บหน้าอก (angina) หอบหืด ข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต 5) Loss of weight น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี

2.7.3 FRAIL-NH Scale เป็นแบบประเมินภาวะเปราะบางที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในสถานบริบาล (nursing home) มีข้อคำถาม 7 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการให้คะแนน 0, 1 และ 2 รวมทั้งหมด 14 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีภาวะเปราะบาง โดยประเมินจากอาการดังนี้ 1) ภาวะเหนื่อยล้า (Fatigue) ประเมินจากแบบสอบถาม PHQ-9 2) การช่วยเหลือตัวเองในการเดิน (Resistance) 3) การเคลื่อนไหว (Ambulation) 4) ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence) หรือ การเจ็บป่วย (Illness) วัดจากจำนวนยาที่รับประทาน 5) น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวใน 3 เดือน หรือ ร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวใน 6 เดือน 6) การรับประทาน อาหาร เช่น อาหารธรรมดา หรืออาหารทางสายยาง 7) การช่วยเหลือในการแต่งตัว (Kaehr et al., 2015)

2.7.4 Frailty index ประเมินจากประวัติโรคประจำตัว ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติน้ำหนักลด ค่าดัชนีมวลกาย และค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ และค่าความรู้สึกพึงพอใจในสุขภาพของตัวเองจะได้ค่าตัวเลข โดยใช้จุดตัดที่ 0.22 เป็นค่าที่บ่งบอกว่ามีภาวะเปราะบาง และค่ายิ่งมาก ยิ่งบ่งบอกถึงภาวะเปราะบางที่มากขึ้น (Mitnitski, Mogilner & Rockwood, 2001)

นอกจากนี้ ยังมีการใช้แบบประเมินอื่น ๆ เช่น การประเมินความสามารถในการเดิน เช่น Timed-up-and-go หรือ Gait speed และความแข็งแรงในการกำมือ (hand grip strength) ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการวินิจฉัยภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากการทดสอบ

ความสามารถในการเดินและแรงกำมือ เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบางและภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Chen et al., 2014)

จะเห็นได้ว่าการประเมินภาวะเปราะบางจะมีการลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยการประเมินน้ำหนักตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน Frailty phenotype ของ Cardiovascular Health Study (CHS) (Fried et al., 2001) ในการประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่นิยมใช้แบบประเมิน Frailty phenotype เนื่องจากมีความครอบคลุมคุณลักษณะของภาวะเปราะบาง มีการวัดที่สะดวก รวดเร็วและสามารถคัดกรองผู้สูงอายุ เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเปราะบางได้

2.8 การรักษาของภาวะเปราะบาง

ภาวะเปราะบางเป็นภาวะที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่ไม่ดีในระยะยาว จึงต้องมีการหาแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว ภาวะทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การดูแลด้านโภชนาการ และการใช้ยา เป็นต้น

ภาวะเปราะบางเกิดจากหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้มีข้อจำกัดในการรักษาด้วยยา มีการศึกษาถึงพยาธิกำเนิดของภาวะเปราะบาง พบว่า มีความสัมพันธ์กับฮอร์โมน testosterone หรือ growth hormone อย่างไรก็ตามเมื่อนำฮอร์โมนดังกล่าวมาใช้ในผู้สูงอายุก็อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ ทำให้การศึกษาเรื่องการใช้ยากลุ่มนี้จึงพบค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการศึกษาการใช้ยากลุ่มใดในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีเพียงการใช้ยาที่รักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia) โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดวิตามินดี รับประทานวิตามินดี ทดแทน (Brotto & Abreu, 2012) หรือการใช้ยากลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors Leptin (ACE-I) ร่วมกับการรับประทานอาหารจำพวกโปรตีน หรืออาจใช้ antimyostatin antibodies รักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลงได้ (Brotto & Abreu, 2012)

3. ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพมีสูงขึ้น ทำให้มีภาวะพึ่งพามากขึ้นมีความต้องการการดูแลที่สูงขึ้นทั้งจากครอบครัวและสถานบริการ จากการศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล มีภาวะพึ่งพาส่งกว่าภาคอื่น และอาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสและไม่มีผู้ดูแลหลัก

พบถึง ร้อยละ 30 มีความต้องการด้านการแพทย์มากจึงจำเป็นต้องมีการจัดการระบบการดูแลระยะยาวและสถานประกอบการเพื่อเอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2553) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีความต้องการการดูแลระยะยาวและการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะมากขึ้น เนื่องจาก ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และมีภาวะพึ่งพาและความพิการมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเต็มที่หรือไม่สามารถให้การดูแลที่ต้องใช้ทักษะที่สูงขึ้นได้ จึงจำเป็นต้องมีการว่าจ้างผู้ดูแลหรือให้อยู่ในสถานบริบาล โดยให้ทีมสุขภาพเป็นผู้ดูแลหลักสถานบริการที่ดูแลผู้สูงอายุมีหลายประเภท โดยแบ่งตามลักษณะการให้บริการและตามระดับการดูแล (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2554) และบ้านพักคนชราก็เป็นสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอีกประเภทหนึ่งที่รัฐบาลต้องให้ความสนใจในการดูแลด้านสุขภาพเช่นกัน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2552)

3.1 ความหมายของบ้านพักคนชรา

บ้านพักคนชรา (Residential home) หมายถึง สถานที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้ เดินโดยไม้เท้า (cane) ไม้เท้าช่วยเดิน (crutches) หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) แต่ผู้พักอาศัยไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล ให้บริการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัวมีการบริการด้านการเลี้ยงดู การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด อาชีวะบำบัด นันทนาการ สังคมสงเคราะห์ และฉาปนกิจในการดำเนินงานมีทั้งภาครัฐและเอกชน โดยในภาครัฐจะจัดตั้งเป็นสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนของภาคเอกชน จะเป็นองค์กรศาสนาหรือองค์กรทางด้านเชื้อชาติ (จีน) (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์และคณะ, 2552)

บ้านพักคนชรา หมายถึง สถานสงเคราะห์ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน เช่น ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะดูแล ที่มีความสมัครใจเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ โดยมีบริการด้านปัจจัย 4 รวมทั้งดูแลด้านสุขภาพ นันทนาการ ศาสนาและวัฒนธรรม (นารีรัตน์ จิตรมนตรีและสาวิตรี ทยานศิลป์, 2552)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปความหมายของ บ้านพักคนชราภาครัฐ หมายถึง สถานบริการของภาครัฐ ที่มีบริการด้านที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัยขาดคนเลี้ยงดู ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ หรือสมองเสื่อม เสียค่าใช้จ่ายในอัตราที่ต่ำหรือไม่เสียค่าใช้จ่ายในการบริการ

3.2 แนวคิดการดูแลของหน่วยงานภาครัฐ

บ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 โดยจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้กรมประชาสงเคราะห์ จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรานานบางแคเป็นแห่งแรก โดยจัดตั้งขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ไม่มีผู้ดูแล เป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้

เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปัจจุบันมีสถานสงเคราะห์จำนวน 25 แห่ง ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อจาก กรมประชาสงเคราะห์ เป็น กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2546 ได้มีการโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมให้ไปอยู่ในความดูแลของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม จำนวน 12 แห่งและกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 แห่ง (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2550) ดังนี้

3.2.1 สถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคม ที่ได้รับการโอนภารกิจให้ไปอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม มีจำนวน 12 แห่ง คือ

- 1) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (บ้านโพธิ์กลาง) จังหวัดนครราชสีมา
- 2) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ (วัดม่วง) จังหวัดนครราชสีมา
- 3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาป่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
- 4) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- 5) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุทอง-พินังตัก จังหวัดชุมพร
- 6) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- 7) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- 8) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
- 9) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านวิยทองนิเวศม์ จังหวัดเชียงใหม่
- 10) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี
- 11) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอุบลรัตน์) จังหวัดนครปฐม
- 12) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุบลรัตน์) จังหวัดกาญจนบุรี

กาญจนบุรี

3.2.2 สถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมที่โอนภารกิจไปขึ้นตรงกับกรุงเทพมหานคร คือ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง

3.2.3 สถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคม ที่ยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ได้เปลี่ยนชื่อจาก “สถานสงเคราะห์” ไปเป็น “ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นศูนย์สาธิตด้านผู้สูงอายุจำนวน 12 แห่ง ได้แก่

1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแค (บางแค 1) กรุงเทพมหานคร

2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี

- 3) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุธรรมปกรณ์เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
- 4) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทักษิณ จังหวัดยะลา
- 5) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวานสะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 6) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต
- 7) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- 8) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
- 9) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุลำปาง จังหวัดลำปาง
- 10) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
- 11) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลา จังหวัดสงขลา
- 12) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

3.3 คุณสมบัติผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา

บ้านพักคนชราแต่ละแห่งมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุชาย-หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสมัครใจ มีปัญหาได้รับความเดือดร้อน เช่น ขาดผู้อุปการะ ไม่มีที่อยู่ ยากจน ไม่มีผู้ดูแล ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ ผู้สูงอายุต้องไม่เป็นโรคเรื้อน โรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีความพิการทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือน

3.4 การดูแลและการบริการ

บ้านพักคนชราของรัฐมีเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ได้แก่ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ พยาบาล เจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุ เจ้าหน้าที่บริหารงานประชาสัมพันธ์ นักสังคมสงเคราะห์ พี่เลี้ยงและคนครัว ให้การบริการผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชราแต่ละพื้นที่จะมีการให้บริการที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ มักพบการบริการ ดังต่อไปนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2552)

3.4.1 ด้านการเลี้ยงดู จัดให้มีการดูแลด้านปัจจัย 4 คือ มีที่พัก อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และ ยารักษาโรค (การรักษาพยาบาล) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องทำการแยกอาคารและมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าหากรักษาไม่ได้จะมีการส่งต่อไปโรงพยาบาล

3.4.2 ด้านการรักษาพยาบาล มีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำเพื่อให้คำแนะนำ ดูแลรักษา เมื่อเจ็บป่วย และส่งต่อเมื่อมีอาการหนัก

3.4.3 ด้านกายภาพบำบัด จัดให้มีการออกกำลังกายทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

3.4.4 ด้านอาชีพะบำบัด เพื่อส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ยังมี รายได้เล็ก ๆ น้อย ๆ จากงานที่ทำได้ เช่น งานจักสาน ปลูกผัก งานหัตถกรรม เป็นต้น

3.4.5 ด้านนันทนาการ ช่วยให้เกิดความสนุกสนาน ไม่เหงา เช่น แข่งกีฬา ทำบุญตามเทศกาล ทักษนาจร เป็นต้น

3.4.6 ด้านสังคมสงเคราะห์ มีนักสังคมสงเคราะห์ประจำเพื่อให้คำปรึกษา ฟันฟูและปรับปรุงสภาพให้ผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจ

3.4.7 การบริการฌาปนกิจ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมมีการจัดบำเพ็ญกุศลตามประเพณี

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา จะประสบกับปัญหาการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ไม่มีคนดูแล ไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสถาบันครอบครัว กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้บทบาทการดูแลผู้สูงอายุน้อยลง ประกอบกับสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ทำให้เคลื่อนไหวช้า การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง เมื่อช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้สูงอายุก็จะมีเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิดง่าย โกรธ หรือซึมเศร้า บางครอบครัวไม่ใส่ใจผู้สูงอายุ ไม่สามารถดูแลได้และไม่มีความรัก ความผูกพันกัน จึงทำให้เกิดปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุให้มาอยู่ในบ้านพักคนชรา ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาในบ้านพักผู้สูงอายุของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยาที่ทำให้ร่างกายเสื่อมเร็วกว่าปกติ ถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยหลาย ๆ อย่าง จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 อายุ

4.1.1 ความหมาย

ตามราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมาย อายุ หมายถึง เวลาที่ดำเนินชีวิตอยู่ นับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของอายุ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูลอายุเป็นจำนวนตัวเลข นับเป็นปี ถ้าอายุเดือนมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี ข้อมูลได้จากบัตรประชาชน

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะเปราะบาง

จากการศึกษาของ Fried et al. (2001) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีภาวะเปราะบางร้อยละ 7 เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 30 และเมื่ออายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากกว่า ร้อยละ 32 สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพัก

คนชราจะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 (Fried et al, 2004) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย (Senior et al., 2015) และอายุที่มากขึ้น จะมีความชุกของภาวะเปราะบางมากขึ้น (Collard et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชอนงค์ อินทนู (2555) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญ โดยอายุที่มากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อลดลง ระบบภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้เกิดการเจ็บป่วย การติดเชื้อ โรคเรื้อรัง การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงลดลง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะเปราะบางตามมา และการศึกษาของสุพรรณิ ใจดี (2559) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Chen et al. (2014) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ประเทศไต้หวัน จำนวน 495 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบาง (Frailty phenotype) ของ Fried et al. (2001) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอายุที่มากขึ้นสามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds ratio= 1.14)

4.2 เพศ

4.2.1 ความหมาย

เพศ หมายถึง ลักษณะทางชีววิทยาซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ เป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ให้แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง (เย็นจิตร ถิ่นขาม, 2553)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) ให้คำนิยาม เพศ หมายถึง สิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะของความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง เป็นลักษณะทางชีวภาพ และมีบทบาทที่ถูกสร้างจากสังคม พฤติกรรมและกิจกรรม

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ เพศ หมายถึง ลักษณะซึ่งแสดงความ เป็นหญิงหรือชายของผู้สูงอายุ ได้จากข้อมูลในบัตรประชาชน

4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะเปราะบาง

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านสรีรวิทยา บุคลิกภาพและพฤติกรรม สุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยเพศชายจะมีความแข็งแรงของโครงสร้างร่างกายที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงจะมีความอ่อนแอ มีปัญหาโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าเพศชาย จึงมีแนวโน้มความต้องการในการดูแลในบ้านพักคนชรา มาก (ณัฐพงษ์ พบสมัย, 2551) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย (Chen et al., 2014) โดยเพศหญิงมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7.3 เพศชายมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 3.1 (Romero-Ortuno et al., 2010) เนื่องจากเพศที่แตกต่างกัน จะมีโครงสร้างต่างกัน เช่น ความหนาแน่นของมวลกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระฮอร์โมน พฤติกรรมการดำเนินชีวิต อาชีพ กฎเกณฑ์ทางสังคม การเผชิญ

ความเครียด เป็นต้น (Puts, Lips & Deeg, 2005) ในเพศชายมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ระดับสูงและฮอร์โมนในการเจริญเติบโต (growth hormone) ซึ่งช่วยในการรักษาสมดุลของมวลกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางได้น้อยกว่าเพศหญิง (Collard et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบอีกว่า เพศหญิงที่มีภาวะเปราะบางจะมีอายุยืนและมีภาวะทุพพลภาพสูง ในขณะที่เพศชายที่มีภาวะเปราะบางจะมีอัตราการตายเร็วกว่า จึงทำให้ความชุกของภาวะเปราะบางพบในเพศหญิงมากกว่า (Puts, Lips, & Deeg, 2005; Fernandez-Bolaños et al., 2008) สำหรับในประเทศไทย นุชอนงค์ อินทนู (2555) ศึกษาภาวะเปราะบางในชุมชน พบว่า เพศชายมีความเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศชายที่เป็นหม้ายและอยู่คนเดียว เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีอายุ 60-69 ปี มีอัตราสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงถึง 10 เท่าและจำนวนการสูบบุหรี่ต่อวันสูงกว่าเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ และส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบางตามมา (Levers et al., 2006) และ สุพรรณิ ใจดี (2559) ได้ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 33.91 และในเพศหญิง ร้อยละ 31.48 จึงคาดว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

4.3 โรคร่วม

4.3.1 ความหมาย

Fried et al. (2004) กล่าวว่า โรคร่วม (Comorbidity) หมายถึง จำนวนโรคตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งเกิดจากกระบวนการสูงอายุที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพจนทำให้เกิดโรค

Hlatky (2004) กล่าวว่า โรคร่วม เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดก่อนการรักษาของโรคที่เป็นอยู่ และยังคงมีปัญหาคือ

ตาม Medical coding ICD-10 & ICD-9-CM (2007) ให้คำนิยาม โรคร่วม หมายถึง โรคที่ปรากฏร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลักและเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายต่อชีวิต หรือมีการดำเนินการตรวจ วินิจฉัย หรือรักษาเพิ่มขึ้นระหว่างรักษาตัวอยู่ ดังนั้น โรคร่วม หมายถึง โรคที่เกิดร่วมกับโรคที่ได้รับการรักษาอยู่จากการวินิจฉัยของแพทย์มีตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินจากการสอบถามโรคประจำตัวของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอยู่

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมกับภาวะเปราะบาง

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ จึงพบว่า ผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังมากที่สุดและเป็นสาเหตุของการตายและทุพพลภาพ การเกิดโรคร่วมหลายโรคจะเพิ่มความ

เสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ทำให้เกิดความเปราะบาง (Jurschik et al., 2012) โดยเฉพาะผู้ที่มิโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางมากขึ้น (นุชอนงค์ อินทนู, 2555; Landi et al., 2004; Lally & Crome, 2007; Li et al., 2010) และการศึกษาของ สุพรรณิ ใจดี (2559) พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรคขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีเพียงหนึ่งโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2010) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางไม่มีโรคเรื้อรังพบ ร้อยละ 3.7 ผู้ที่มีโรคเดียว พบร้อยละ 11 และผู้ที่มีมากกว่า 2 โรค พบร้อยละ 85.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma et al. (2009) ที่ศึกษาภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน พบว่า ภาวะเปราะบางสัมพันธ์กับจำนวนโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Jurschik et al. (2012) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุประเทศสเปน จำนวน 640 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบาง พบว่า โรคคร่อม มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง (Odds Ratio=5.20; p = 0.0002) ดังนั้น จำนวนโรคคร่อมสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพและทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้

4.4 ภาวะซึมเศร้า

4.4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

อรพรรณ ทองแดง (2541) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายแยกตัว ชอบอยู่คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง เป็นภาระต่อคนอื่นถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2547) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการแสดงที่มาจาก การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา เกิดจากหลายสาเหตุ โดยแสดงอารมณ์เศร้า หดหวังไม่มีคุณค่าในตัวเอง ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมเกือบทั้งหมด อาการเป็นอยู่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์

Beck (1979) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นรูปแบบของความรู้สึกโดยมีความลบต่อตนเอง มีความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ต่ำหนืดตนเอง หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวลและรุนแรงขึ้น จนกระทั่งทำให้คน ๆ นั้นมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อมแยกตัวเองออกจากสังคมและไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความแปรปรวนของกลุ่มอาการด้านอารมณ์ความรู้สึก การรู้คิดและพฤติกรรมที่แสดงออกมาของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ซึ่งทำให้เกิดอาการและอาการแสดง คือ ไม่มีความสุข ไม่กระตือรือร้น

เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวอยู่คนเดียว หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ทำให้การทำกิจกรรมทางกายลดลง

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะเปราะบาง

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่มีมักจะเกิดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (Comijs, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับภาวะเปราะบาง ของ Buigues et al. (2015) พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราวัยละ 14-42 และภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น (Ebersole & Hess, 2004) เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ขาดคนดูแลหรือคนในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ (พันธทิพย์ วรราช, 2551) ผู้สูงอายุจะรู้สึกวุ่นวายโดดเดี่ยวจากครอบครัว สูญเสียคุณค่าในตัวเอง ทำให้มีความรู้สึกไม่อยากทำอะไร ไม่เข้าสังคม อยู่เฉยๆ ไม่ทำกิจกรรม ไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (Espinoza & Fried, 2007) ส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกาย เสี่ยงต่อการเกิดโรค การทำงานของภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง มีภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง อ่อนแรง (Senior et al., 2015) และเกิดภาวะเปราะบางตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง ไม่อยากทำกิจกรรม ทำให้น้ำไปสู่ภาวะเปราะบาง และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Odds Ratio=2.66) (Dent & Hoogendijk, 2014) และการศึกษาของ Jurschik et al. (2012) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุประเทศสเปน จำนวน 640 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio=3.13)

4.4.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับในประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือและแบบวัดหลายแบบวัด สำหรับแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีดังนี้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

1) Thai Depression Inventory เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของตนเองใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 20 ข้อแต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 แปลความหมายจากค่าคะแนนรวมที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับอ่อน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

2) The Thai General Health Questionnaire หรือ GHQ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีหลายฉบับใช้ได้กับคนทั่วไป เช่น ฉบับเต็ม มีข้อคำถาม 60 ข้อ คือ Thai GHQ – 60) ฉบับย่อมี 3 ฉบับ คือ Thai GHQ – 30, Thai GHQ – 28 และ Thai GHQ – 12 โดยตัวเลขที่ต่อท้าย คือ จำนวนข้อคำถาม ทุกฉบับมีข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี แบบสอบถามนี้สามารถบอกได้ว่าผู้ตอบน่าจะมีความผิดปกติทางจิตเวช แต่ไม่สามารถบอกชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชได้ จึงต้องใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (Beck Depression Inventory: BDI พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1961 ข้อคำถามเดิมของแบบประเมินได้จากการสังเกตลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างการทำจิตบำบัดหลังจากนั้น ในปี ค.ศ. 1978 ได้ปรับปรุงเป็นครั้งแรก ได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามบางข้อและตัดข้อคำถามที่เหมือนกันออก ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 ได้มีการปรับปรุงระดับคะแนนเพื่อใช้ในการบำบัดทางปัญญา และในปี ค.ศ. 1996 ได้ออกแบบประเมินใหม่โดยปรับปรุงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) คือ Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) แบบประเมินนี้สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีปัญญานิยม เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรม โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ และทางกาย 6 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ มีค่าความตรง เท่ากับ 0.78 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 เกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก

4) Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS เป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yasavage et al. (1983) คำถามจะมี 30 ข้อ เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบด้วยตนเองในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยนี้ถูกนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 - 70 ปีจำนวน 275 รายทั่วประเทศ จำแนกเป็นเพศชาย 121 รายเพศหญิง 154 ราย ซึ่งผลของการรวบรวมและการวิเคราะห์ พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทดสอบแบบวัดความซึมเศร้านี้คือ 10.09 นาที (ค่าช่วงเวลากอยู่ระหว่าง 5 - 15 นาที) จากนั้นได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร K- R 20 พบว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเพศหญิงเท่ากับ 0.94 และผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 จึงสรุปได้ว่า แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับนี้ (TGDS) มีความเชื่อมั่นและเชื่อถือได้และเป็นแบบวัดที่มีความสะดวกและเข้าใจง่ายใช้เวลาในการทดสอบสั้นมีความเที่ยงตรงสูงและเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยเป็นอย่างดี (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale หรือ TGDS) ฉบับที่สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว เนื่องจากเป็นแบบวัดที่เข้าใจง่ายสะดวกในการนำไปใช้มีความเที่ยงตรงสูง เหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย สามารถใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางได้

4.5 การสนับสนุนทางสังคม

4.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Kaplan, Cassel & Gore (1977) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมที่อาจจะได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มคน เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้รับประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ที่ตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความมีคุณค่าในตัวเอง มีคนรัก ยกย่อง และได้รับความเอาใจใส่

Berkman & Syme (1979) กล่าวว่า บุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยผู้ที่มีการแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและเกิดการเจ็บป่วย

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์กันหรือจากความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การยอมรับนับถือ เห็นถึงคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Brandt & Weinert (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นความรู้สึกมีใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยความรักใคร่ ผูกพัน การรับรู้ตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

Thoits (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคมทั้งด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

สรุปความหมายในการวิจัยครั้งนี้ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราได้รับการสนับสนุนทางกายและจิตใจ จากบุคลากรในบ้านพักคนชรา ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด พี่เลี้ยงและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราด้วยกัน โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีสุขภาพอนามัยที่ดี รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีกำลังใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4.5.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมีผู้แบ่งไว้แตกต่างกันออกไปดังนี้

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
- 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่าบุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย
- 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or Network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิดคือ

- 1) การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและรับฟังแสดงความยกย่อง และความเข้าใจ
- 2) การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือสังคม
- 3) การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลและคำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
- 4) การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้มีความมั่นใจในตนเอง

Brandt & Weinert (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Weiss (1974) ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดายมองโลกในแง่ร้าย ลักษณะเช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง

2) การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าบุคคลขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดจากสังคม

3) การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการและเป็นที่พักพิงของผู้อื่นได้มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

4) ความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ เห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะรู้สึกว่าความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์

5) การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำการช่วยเหลือด้านอารมณ์การเงินวัตถุและสิ่งของ

จากการทบทวนชนิดของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า นักทฤษฎีส่วนใหญ่มีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน โดยแบ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของและด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดมีหน้าที่แตกต่างกันและชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์เวลาที่ต้องการการสนับสนุนและแหล่งสนับสนุนของบุคคล ซึ่ง Brandt & Weinert (1985) ได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมในสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่าง ๆ ซึ่งคาดว่าจะครอบคลุมตามความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชรา

4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบาง

การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ถ้ามีการคงไว้ซึ่งการติดต่อกับเครือข่ายในสังคม ก็จะเพิ่มแรงจูงใจในการรับรู้การเผชิญปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และแรงสนับสนุนจากบุคคลากรในบ้านพักคนชราจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดในปัญหาของภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชรามีความคาดหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนการให้คำปรึกษาทั้งด้านสุขภาพ อารมณ์ สิ่งของและข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับสังคม ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ร่วมทำกิจกรรมในสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย (Espinoza & Walston,

2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeon, Jang & Park (2012) พบว่า ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมและขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio= 2.01, Odds Ratio=1.34 ตามลำดับ) (Dent & Hoogendijk, 2014) และ Jurschik et al. (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุประเทศสเปน จำนวน 640 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบาง พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปและมีภาวะเปราะบาง ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มีภาวะเปราะบางมากขึ้น (Woo et al., 2005)

4.5.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร และแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ SSQ 1 วัดแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ 2 วัดแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้าน ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้านผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ เครื่องมือมีความสอดคล้องภายในด้านอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ภายในด้านข้อมูลข่าวสาร ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 และภายในด้านสิ่งของ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire: PRQ-85 part 2) ของ Brandt & Weinert (1981) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Weiss (1974) ประกอบด้วยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ การได้รับความรักใคร่ ผูกพัน การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้ช่วยเหลือ เอื้อ ประโยชน์ต่อบุคคลอื่นและการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำด้านต่าง ๆ ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล 11 แหล่ง และในส่วนที่ 2 เป็นสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .91

3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Norbeck Social Support Questionnaire: NSSQ) ของ Norbeck, Lindsey & Carrieri (1981) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brandt & Weinert (1981) โดยพบว่ามีครอบคลุมความต้องการและความจำเป็นพื้นฐาน

ของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลที่อยู่ในบ้านพักคนชรา โดยมีการติดต่อพึ่งพาอาศัยกันจากการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลากรทางการแพทย์ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราด้วยกัน

5. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

ภาวะเปราะบางเป็นภาวะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพระยะยาว จึงต้องมีการหาแนวทางในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว โดยการป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดภาวะเปราะบาง ได้แก่ การออกกำลังกาย การดูแลด้านโภชนาการ การดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและการดูแลด้านสังคม ดังต่อไปนี้

5.1 การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมในแต่ละวันหรือการออกกำลังกายจะมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทและสมอง ระบบต่อมไร้ท่อระบบภูมิคุ้มกันและระบบกล้ามเนื้อ จึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสามารถลดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobics exercise training) และการออกกำลังกายที่เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (endurance exercise and resistance exercise training) เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ลดการเกิดภาวะเปราะบาง (Fiatarone et al., 1994) สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (community-dwelling setting) (Clegg et al., 2014) และสถานดูแลระยะยาว (long-term care setting) (Manor et al., 2014) จากการทดลองให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางในบ้านพักคนชราโดยการออกกำลังกาย 2 วันต่อสัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีขนาดของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 และเดินเร็วขึ้น ร้อยละ 12 (Espinoza & Walston, 2005)

5.2 การดูแลด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุแสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้รับสารอาหาร เนื่องจากในวัยสูงอายุอาจมีอาการเบื่ออาหารเนื่องจากสาเหตุจากความชรา (Anorexia of aging) เช่น การรับรสและการรับกลิ่นของอาหารลดลง ปากแห้ง (xerostomia) การเคลื่อนตัวของอาหารในกระเพาะอาหารช้าลง (delayed gastric emptying) การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) หรืออาจมีปัญหาทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีน้ำหนักลดลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) นอกจากนี้การมีปัญหาด้านสุขภาพก็เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการได้ (Wilson, 2002) การดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการมีดังนี้

1) การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเพื่อช่วยในการจัดการปัญหาทางภาวะโภชนาการ เช่น การประเมินจากดัชนีมวลกาย หรือใช้เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาด

สารอาหาร คือ Mini – Nutritional Assessment (MNA) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับมาตรฐานเหมาะสมสำหรับการใช้ประเมินในบ้านพักคนชรา

2) พยาบาลให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและสามารถจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีความต้องการอาหารไม่เหมือนกัน บางคนมีโรคประจำตัวที่ต้องจำกัดอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น แต่ยังคงคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย พยาบาลต้องทำความเข้าใจในปัญหาของผู้สูงอายุและช่วยแก้ปัญหา เพื่อให้ผู้สูงอายุกลับมามีความสุขและได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการได้ (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2552)

ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการและโภชนาการเกิน (Panza et al., 2014; Starr, McDonald & Bales, 2014; Eyigor et al., 2015) ผู้สูงอายุที่ได้รับสารอาหาร พลังงานและโปรตีนอย่างเพียงพอในแต่ละวัน จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้น้อยกว่าผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือโรคอ้วน โดยเฉพาะสารอาหารประเภทโปรตีนที่มีกรดอะมิโนจำเป็น เช่น Leucine ร่วมกับการออกกำลังกาย สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อและป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ การรับประทานอาหาร Mediterranean diet เช่น ผัก ผลไม้ อาหารที่มีกรดไขมันจำเป็นชนิดด้านการอักเสบ อาหารที่มี ursolic acid, omega-3 acids (alpha-linolenic acid, docosahexaenoic acid, eicosapentaenoic acid) จะช่วยชะลอภาวะเปราะบางได้ (León-Muñoz et al., 2014)

5.3 การดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ปัญหาการการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียการทรงตัวจากความเสื่อมของประสาทการรับรู้ ส่งผลต่อการมองเห็นที่ผิดปกติ กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง จนนำไปสู่ภาวะหกล้มได้บ่อย อาจจะเป็นการล้มแบบพลาดสะดุดหรือลื่นไถลก็ได้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ความเจ็บป่วย กระดูกหัก ความพิการทางด้านร่างกาย การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลทางด้านจิตใจ รวมถึงการเสียชีวิต ซึ่งในบ้านพักคนชราจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตั้งแต่แรกเริ่มและควรได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ (จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 2552)

1) พยาบาลควรประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การตรวจ Romberg การตรวจ up and go test เพื่อดูท่าทางการลุกขึ้นยืน การเดินและการทรงตัวการประเมินนี้สามารถบ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการหกล้มได้

2) พยาบาลควรให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำ พยาบาลควรจัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย จัดวางสิ่งของให้หยิบใช้ได้สะดวก ภายในห้องและทางเดินมีแสงสว่างเพียงพอ มีราวจับ ในกรณีที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง พยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้ามีญาติมาเยี่ยมควรแจ้งญาติให้มีส่วน

ร่วมในการดูแลและระวังการหกล้มด้วย และถ้าหากมีความเสี่ยงสูง ควรจำกัดกิจกรรมและมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด

3) ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุญาติและผู้ดูแล เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เช่น การผูกมัดผู้สูงอายุไว้บนเตียง ทำให้ผู้สูงอายุถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดแผลกดทับ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด หากจำเป็นต้องผูกมัดต้องมีการปล่อยให้ผู้สูงอายุได้รับอิสระจากการผูกมัด อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมงไม่ว่าด้วยวิธีใดก็ตามนั้น

4) ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้สูงอายุรับประทานอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากยาบางชนิดส่งเสริมการพลัดตกหกล้ม เช่น กลุ่มยานอนหลับ ยาระงับอาการทางระบบประสาท ได้แก่ Psychotropic, Antidepressant, Neuroleptic, Sedative/Hypnotic, benzodiazepine หากเป็นไปได้ควรหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงนั้นหรือหากจำเป็นต้องใช้ยาควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

5) ประสานงานกับแพทย์ในการวางแผนการรักษาและปรึกษากายภาพบำบัดเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ในการเดินหรือการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

5.4 การดูแลด้านสังคม ควรสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการให้ความช่วยเหลือและการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการจัดให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังช่วยสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมดังกล่าวยังมีส่วนทำให้ครอบครัวได้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุรวมถึงการให้การดูแลด้านจิตใจ ความเอาใจใส่เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและหมดความสำคัญ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติ การสนับสนุนทางสังคมก็มีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญ เช่น ในด้านการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุคนอื่น ๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ การได้รับการดูแลรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ไม่เหงาและไม่รู้สึกไร้ค่า

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุมาศึกษา ทั้งหมด 5 ปัจจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ จำนวนโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยให้ครอบคลุมกับตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ดังนี้

นุชอนงค์ อินทนู (2555) ศึกษาความชุก ประเมินระดับและคุณลักษณะของผู้ที่มีภาวะเปราะบางในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในจังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 480 คน ประเมิน

โดยใช้เกณฑ์ของ Fried et al. (2001) พบว่า เพศชายมีความเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศชายที่เป็นหม้ายและอยู่คนเดียว เนื่องจาก เพศชายมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีภาวะเปราะบางร้อยละ 88.9 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปอดอุดกั้นเรื้อรังและแตกต่างจากผู้ที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีเพียงหนึ่งโรค ความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง ได้แก่ ไม่ได้เรียนหนังสือ มีสถานะหย่า/แยกทาง อาศัยอยู่กับญาติ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุพรรณิ ใจดี (2559) ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางและความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 420 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางของ Fried et al. (2001) พบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางในชุมชน เขตกรุงเทพมหานครมี ร้อยละ 32.14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ เพศ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา การใช้ยาหลายชนิด การมีโรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา ภาวะซึมเศร้าและภาวะพร่องทางด้านการรู้คิด โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Espinoza & Walston (2005) ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ง่ายเนื่องจากขาดการทำกิจกรรมกับสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในทางกลับกันผู้ที่มีภาวะเปราะบางก็จะถูกจำกัดด้วยการเคลื่อนไหว ทำให้เข้าสังคมน้อยลง ถ้าครอบครัวหรือสังคมให้การสนับสนุนก็จะชะลอความเปราะบางในผู้สูงอายุได้

Jurschik et al. (2012) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุประเทศสเปน จำนวน 640 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางของ Fried et al. (2001) พบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางพบ ร้อยละ 9.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ 85 ปีขึ้นไป (Odds Ratio=3.61, $p < 0.001$) ภาวะซึมเศร้า (Odds Ratio=3.13, $p = 0.0006$) โรคร่วม (Odds Ratio =5.20, $p = 0.0002$) การบกพร่องของการรู้คิด (Odds Ratio=3.22, $p = 0.0003$) ความบกพร่องทางสังคม (Odds Ratio=0.57; $p < 0.001$)

Jeon, Jang & Park (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1,874 คนในกรุงโซล ประเทศเกาหลี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเมื่อปี ค.ศ. 2011 ใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางพบว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ เพศ สถานะภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา การขาดการติดต่อกับสังคม (Odds Ratio=2.15)

และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Odds Ratio=2.01) สามารถทำนายโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางที่เพิ่มขึ้นได้

Chen et al. (2014) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในประเทศไต้หวัน จำนวน 495 คนโดยใช้การประเมินภาวะเปราะบาง (Frailty criteria) ของ Fried et al. (2001) พบว่า ผู้ที่มีภาวะเปราะบาง พบร้อยละ 8.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ (Odds Ratio= 1.14, $p < 0.001$) โรคเบาหวาน (Odds Ratio= 2.69, $p < 0.05$) ไม่ใช่เชื้อชาติฟูเจียน (non-Fukien ethnicity) ภาวะซึมเศร้า (Odds Ratio= 6.89, $p < 0.001$) และจำนวนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม (Odds Ratio= 2.39, $p < 0.001$)

Dent & Hoogendijk (2014) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ที่มานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 22 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 23 ธันวาคม 2554 พบว่า ผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลมีภาวะเปราะบางร้อยละ 56 ภาวะเปราะบางจะเพิ่มอัตราการตาย ใน 12 เดือน ต้องได้รับการดูแลระดับสูงก่อนกลับบ้าน และกลับมาโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 เดือน ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ ความผาสุกลดลง ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และการมีกิจกรรมทางสังคม

Ng et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 1,685 คน ในประเทศสิงคโปร์ โดยใช้แบบประเมินคุณลักษณะภาวะเปราะบางของ Fried พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบาง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า การสูญเสียการได้ยินและการมองเห็น ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะชืด ภาวะติดเชื้อมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบาง (Odds Ratio= 1.80) และภาวะเปราะบางสามารถทำนายการเกิดภาวะความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน (Odds Ratio=1.19) การเข้าโรงพยาบาล (Odds Ratio= .14) และเกิดผลเสียต่อสุขภาพ (Odds Ratio=1.16)

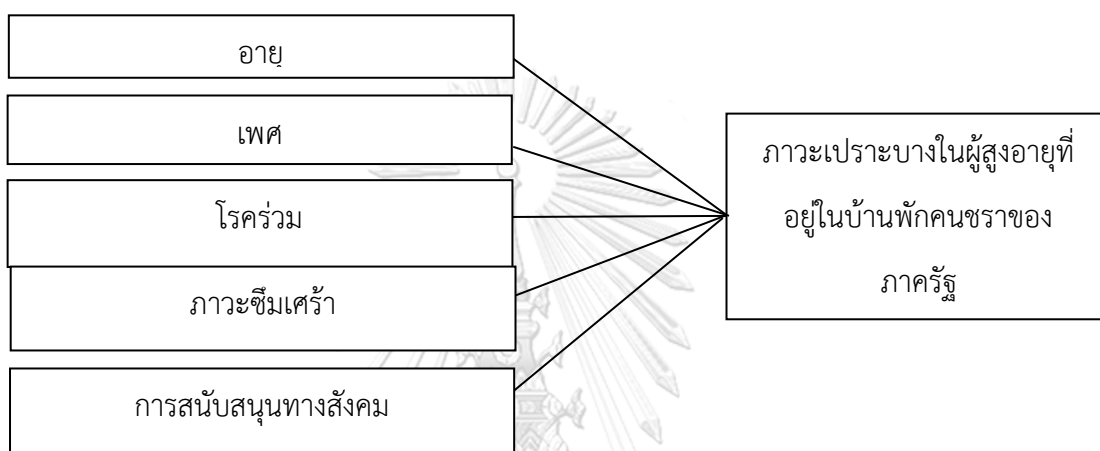
Buigues et al. (2015) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะเปราะบาง โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Embase, PubMed, CINAHL, Scopus, PsycINFO ได้จำนวนงานวิจัย 28 งานตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นบทความหรืองานวิจัยฉบับเต็มในประเทศอังกฤษและสเปน ใช้แบบประเมินภาวะเปราะบาง (Fried criteria) ของ Fried et al. (2001) และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ศึกษาระหว่าง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 เกี่ยวกับภาวะเปราะบางและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่พบภาวะเปราะบาง ร้อยละ 4-16 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางสูง ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง

Eyigor et al. (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1,126 คน ใช้การประเมินภาวะเปราะบางตาม Fried Frailty criteria พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ เริ่มเป็นแม่บ้าน เริ่มติดเตียง มีโรคร่วม ใช้นยามากกว่า 4 ชนิดต่อวัน ไม่ออกนอกบ้าน เข้าโรงพยาบาลแบบฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 1 ปีที่ผ่านมา นอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา และภาวะขาดสารอาหาร ปัจจัยดังกล่าวสามารถเพิ่มการเกิดภาวะเปราะบางได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ พบว่า ในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 7 (Fried et al., 2001) ในขณะที่ในบ้านพักคนชรา มีความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 52.3 (Kojima, 2015) จากความชุกที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างกว้างขวาง สำหรับในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน แต่ยังไม่มีการศึกษาในบ้านพักคนชรา ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา ซึ่งจากการศึกษาแนวคิดของ Fried, Darer & Walston (2003) กล่าวว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยา มีการลดลงของพลังงานสำรองในหลาย ๆ ระบบในร่างกายอย่างต่อเนื่อง พบมากตามอายุที่มากขึ้น ผู้ที่มีภาวะโรคร่วม (comorbid) ความพิการและผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบภูมิคุ้มกันและต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ พลังงานในร่างกายลดลง เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกมากระตุ้นทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ อาการที่มักพบในผู้ที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่ทำกิจกรรมและรับประทานอาหารน้อยลง มีมวลกล้ามเนื้อลดลง (sarcopenia) การเดินผิดปกติและมวลกระดูกลดลง อาการทางคลินิกเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางได้ และยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การหกล้ม ภาวะพึ่งพา การนอนโรงพยาบาลและเสียชีวิต ผู้ที่มีภาวะเปราะบางจึงเป็นกลุ่มที่ต้องมีการประเมินความเสี่ยงและให้การดูแลอย่างเป็นระบบ

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางและบางตัวแปรสามารถที่จะนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและมี 2 ตัวแปรที่ไม่สามารถจัดกระทำได้ คือ อายุและเพศ แต่ทั้ง 2 ตัวแปรดังกล่าวสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการแบ่งกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะเปราะบางและนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อชะลอการเกิดภาวะเปราะบางได้ ดังนั้น ตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สามารถอ่านออก สือสารได้ เข้าใจภาษาหรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
3. สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือเสียชีวิต
2. ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น โกรธ ก้าวร้าว โวยวาย ที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายแก่บุคคลอื่นได้

สรุปจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ถูกคัดออกและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ครบ 150 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Power Analysis for sample size (PASS) ในการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis and Sample Size) มีขนาดของความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ($r = .3$) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 124 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1999) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 150 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 บ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล มีทั้งหมด 5 แห่ง โดยบ้านพักคนชราที่มีทั้งเพศชายและเพศหญิง มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) 2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี และ 3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม และอีก 2 แห่ง มีเฉพาะเพศหญิง ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอูปลัมภ์) จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยเลือกศึกษาในบ้านพักคนชราที่มีทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) 2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี และ 3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม

2.2 กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในบ้านพักคนชรา เนื่องจากประชากรในแต่ละแห่งมีจำนวนไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542) และได้กลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 2

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด} \times \text{จำนวนผู้สูงอายุแต่ละแห่ง}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้ง 3 แห่ง}}$$

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราทั้ง 3 แห่ง

สถานที่	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1)	246	97
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี	91	36
3. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม	44	17
รวมทั้งสิ้น	381	150

2.3 เลือกผู้สูงอายุในแต่ละแห่งด้วยการคัดเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวนที่กำหนด ได้จำนวนผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) จำนวนทั้งหมด 97 คน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จำนวนทั้งหมด 36 คน และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จำนวนทั้งหมด 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) พัฒนาโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุทุกระดับการศึกษา ตั้งแต่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรืออ่านหนังสือไม่ออก จนถึงกลุ่มที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาการวิเคราะห์ ค่าความตรงและความเที่ยงของแบบทดสอบ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าความไว ร้อยละ 35.4 ค่าความจำเพาะร้อยละ 81.1 ผู้สูงอายุระดับที่เรียนชั้นประถมศึกษาที่มีค่าความไว ร้อยละ 56.6 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 93.8 ผู้สูงอายุระดับที่เรียนระดับสูงกว่าชั้นประถมศึกษาที่มีค่าความไว ร้อยละ 92 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 92.6

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลจากคะแนนรวมจากจำนวนข้อคำถาม 11 ข้อ แบ่งจุดตัดคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมตามระดับการศึกษา ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	จุดตัดคะแนน ≤ 14 คะแนนเต็ม 23 คะแนน
ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9, 10	
ระดับประถมศึกษา	จุดตัดคะแนน ≤ 17 คะแนนเต็ม 30 คะแนน
ระดับสูงกว่าประถมศึกษา	จุดตัดคะแนน ≤ 22 คะแนนเต็ม 30 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่ในบ้านพักคนชรา เหตุผลสำคัญที่สุดที่เข้ามาพักอาศัยในบ้านพักคนชรา ประวัติการหกล้ม/กระตุกหัก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา น้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบัน ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการศึกษาเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เลือกข้อมูลที่เป็นส่วนบุคคล สร้างและออกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 12 ข้อ

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ที่ได้รวบรวมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา จากหลายสถาบันทั่วประเทศ มีเนื้อหาครอบคลุมด้านอารมณ์ ความรู้สึก การคิดรู้และพฤติกรรม ซึ่งผ่านการวิเคราะห์คุณลักษณะ ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.93 แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ให้ตรงกับอาการที่เป็นอยู่ตามความเป็นจริง

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนนคะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าสูง ทั้งนี้มีเกณฑ์ในการแปลผลตามช่วงคะแนน 4 ระดับคือ

ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-12 คะแนน
ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	13-18 คะแนน
ซึมเศร้าระดับปานกลาง	19-24 คะแนน
ซึมเศร้าระดับรุนแรง	25-30 คะแนน

2.3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของ สุภาภรณ์ สังฆมรรทร (2549) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินของ Brandt & Weinert (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิง

ลบ 2 ข้อ และข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .87 และได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ด้านบวก	ด้านลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนที่มากแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมสูง คิดคะแนนโดยนำคะแนนรวมของผู้ตอบแต่ละคนมาหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนสูงมาก
3.50 – 4.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนสูง
2.50 – 3.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนปานกลาง
1.50 - 2.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนต่ำ
1.00 – 1.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนต่ำมาก

2.4 แบบประเมินภาวะเปราะบาง ของ Fried et al. (2001) แปลและดัดแปลงโดย นุชอนงค์ อินทนู (2555) ประเมินจาก 5 อาการ ดังต่อไปนี้

1) น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ โดยสอบถามน้ำหนักภายใน 1 ปีที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับน้ำหนักปัจจุบันที่ซึ่งวันที่ตอบแบบสอบถามถ่วงลดมากกว่า 4.5 กิโลกรัม แปลผลว่า มีภาวะเปราะบาง

2) ภาวะหมดแรงในการทำกิจกรรม ใช้คำถามที่เกี่ยวกับความยากลำบากในการทำกิจกรรมใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ถ้ามีอาการมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ แปลผลว่า มีภาวะเปราะบาง

3) กล้ามเนื้ออ่อนแรง ใช้เครื่องวัดแรงบีบมือ (Grip Dynamometer) ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์เครื่องมือแพทย์ การทดสอบเครื่องจะอ่านค่าเป็นกิโลกรัม ใช้เพศและ BMI เป็นเกณฑ์ ถ้ามีแรงกำมือน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แปลผลว่า มีภาวะเปราะบาง โดยใช้ เกณฑ์ ดังนี้

เพศชาย	BMI ≤ 24	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 29 กิโลกรัม
	BMI 24.1 -26	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม
	BMI 26.1 -28	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม
	BMI > 28	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 32 กิโลกรัม
เพศหญิง	BMI ≤ 23	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 กิโลกรัม
	BMI 23.1 – 26	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17.3 กิโลกรัม
	BMI 26.1 – 29	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 กิโลกรัม
	BMI > 29	แรงที่ใช้ในการกำมือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 กิโลกรัม

4) เดินช้าลง ประเมินโดยทดสอบการเดิน 15 ฟุต (4.5 เมตร) แล้วจับเวลาโดยใช้เพศและความสูงเป็นเกณฑ์ (วัดส่วนสูงวันที่ตอบแบบสอบถาม) ถ้าใช้เวลาในการเดินมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แปลผลว่ามีภาวะเปราะบางมีเกณฑ์ดังนี้

เพศชาย	ส่วนสูง ≤173 ซม. ใช้เวลาในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที
	ส่วนสูง >173 ซม. ใช้เวลาในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 6 วินาที
เพศหญิง	ส่วนสูง ≤159 ซม. ใช้เวลาในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 7 วินาที
	ส่วนสูง >159 ซม. ใช้เวลาในการเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 6 วินาที

5) การทำกิจกรรมลดลง ใช้แบบสอบถามกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จากนั้นนำมาคำนวณหาพลังงานที่ใช้ใน 1 สัปดาห์ โดยใช้สูตรคำนวณพลังงาน คือ

$$\text{Kcal} = 0.0175 \times \text{น้ำหนัก (กก.)} \times \text{เวลาที่ทำกิจกรรม (นาที)} \times \text{METs}$$

ถ้าน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แปลผลว่า มีภาวะเปราะบางโดยมีเกณฑ์แบ่งตามเพศ ดังนี้

ผู้ชาย: น้อยกว่า 383 kcal/week หมายถึง มีภาวะเปราะบาง

ผู้หญิง: น้อยกว่า 270 kcal/week หมายถึง มีภาวะเปราะบาง

จากการประเมินทั้ง 5 อาการ มีเกณฑ์ในการแปลค่าภาวะเปราะบางเป็น 2 ค่า (Jürschik et al, 2012) ดังนี้

พบอาการ < 3 อาการ	หมายถึง	ไม่มีภาวะเปราะบาง (0 คะแนน)
พบอาการ ≥ 3 อาการ	หมายถึง	มีภาวะเปราะบาง (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยมีแนวทางในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบาง ซึ่งผ่านการพิจารณาแก้ไขเรียบร้อยแล้วจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (กายภาพบำบัด) 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน ส่วนเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ได้ผ่านการใช้และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีความน่าเชื่อถือสามารถนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้ จึงไม่ส่งตรงความตรง

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit & Beck, 2004)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิ (5 คน) ให้คะแนนระดับ 3 หรือ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ระดับความคิดเห็นมี 4 ระดับ ได้แก่

- 4 หมายถึง ข้อความมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง ข้อความค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยามต้องปรับปรุงเล็กน้อย
- 2 หมายถึง ข้อความสอดคล้องกับคำนิยามต้องปรับปรุงเป็นอย่างมาก
- 1 หมายถึง ข้อความไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบาง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และ .80 ตามลำดับ ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้แบบสอบถามมีความสอดคล้องกับแนวคิดของตัวแปรนั้น ๆ ดังนี้

1. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากข้อคำถามเดิม 12 ข้อ ผู้วิจัยปรับข้อคำถาม 12 ข้อ ตัดข้อคำถามเดิมออก 1 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามใหม่ 2 ข้อ ให้สอดคล้องกับแนวคิด ได้แก่

1) เพิ่มข้อคำถาม ข้อที่ 6. ได้แก่ “ท่านให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุคนอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่ในบ้านพักคนชรา ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ”

2) เพิ่มข้อคำถาม ข้อที่ 8. ได้แก่ “ท่านมักได้รับเลือกให้เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ อยู่เสมอ”

สรุปได้ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา และได้แบ่งข้อคำถามทั้งหมดออกเป็น 5 ด้านตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1985) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 การแก้ไขข้อคำถามเครื่องมือการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	คำถามเดิม	ปรับแก้เนื้อหาคำถามใหม่
		ความใกล้ชิดและความรักความผูกพัน
2	บุคคลอื่นบอกว่าพวกเขาสนุกเมื่อทำงานร่วมกับท่าน	เพื่อนและบุคลากรในบ้านพักคนชราบอกว่าพวกเขาสนุกเมื่อทำกิจกรรมร่วมกับท่าน
		การมีส่วนร่วมในสังคม
3	ท่านได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน เช่น งานบวช งานแต่งงาน	ท่านได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในบ้านพักคนชรา เช่น งานปีใหม่ งานรดน้ำดำหัววันผู้สูงอายุ
4	ท่านมีเวลาทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้สูงอายุด้วยกัน	ท่านมีเวลากับผู้พักอาศัยคนอื่น ๆ ที่มีความสนใจเหมือนกัน
		การทำประโยชน์ต่อผู้อื่น
5	ท่านให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาปัญหาแก่ญาติพี่น้อง/เพื่อน	เมื่อเพื่อนๆ ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรามีปัญหา ท่านมักให้ความช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษา
		ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง
7	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อบ้านพักคนชรา

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	คำถามเดิม	ปรับแก้เนื้อหาคำถามใหม่
		การได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ (ข่าวสาร คำแนะนำ อารมณ์ การเงิน วัตถุและสิ่งของ)
10	เมื่อท่านเจ็บป่วยมีคนคอยดูแลท่าน หรือให้คำแนะนำว่าท่านควรทำอะไร จึงจะหาย	เมื่อท่านเจ็บป่วย มีคนคอยดูแลท่าน หรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค หรือมีการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล
11	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคของท่าน จากครอบครัว/เจ้าหน้าที่สุขภาพ	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปและความรู้ด้านการ ปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพในบ้านพักคนชรา
12	มีคนให้คำปรึกษาท่านในการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต	ท่านมีบุคคลให้คำปรึกษา วางแผนในการดำเนิน ชีวิตขณะที่อาศัยในบ้านพักคนชรา
13	ท่านไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนได้ เมื่อต้องการกำลังใจ หรือมีปัญหาทางการเงิน	เมื่อต้องการกำลังใจ หรือมีปัญหาทางการเงิน ท่านไม่สามารถพึ่งพาญาติบุคลากรหรือเพื่อนๆ ผู้สูงอายุ ทั้งในและนอกบ้านพักคนชราได้

2) แบบประเมินภาวะเปราะบาง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามข้อ 5) ด้านการทำกิจกรรมลดลง โดยปรับกิจกรรมที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักคนชรา โดยมีกิจกรรม ดังนี้ เดินขึ้นบันได ทำงานบ้าน ล้างจาน แต่งตัว ทำอาหาร เย็บปักถักร้อย กวาดรอบ ๆ อาคาร ลีลาศ แอโรบิก เปตอง รดน้ำต้นไม้ รำไทเก๊ก และให้เพิ่มเติมกิจกรรมอื่น ๆ ที่ทำเป็นประจำในแต่ละสัปดาห์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาตรฐานและเครื่องมือที่ดัดแปลงในการวิจัย นำมาตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักคนชรา โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรารับบาลพบุรีและนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เท่ากับ .8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เท่ากับ .83 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .8

ตารางที่ 4 ตารางสรุปค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach' s coefficient alpha) ของเครื่องมือทุกฉบับ

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง
1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)	.80
2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)	.83
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.80

แบบประเมินภาวะเปราะบางคำนวณหาความเที่ยง โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วม (inter - rater method) โดยให้ผู้ประเมิน 2 คน ทำการประเมินไปพร้อมกัน โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกันทำการวัดและประเมินหลายครั้ง ได้ผลคะแนนที่ใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันมาก หลังจากนั้นนำค่าที่ได้ไปคำนวณ โดยใช้สูตรคำนวณความเที่ยงของการสังเกต (inter - rater reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 แสดงว่า แบบสอบถามภาวะเปราะบางมีความเที่ยงสูง

$$\begin{aligned} \text{สูตรคำนวณความเที่ยงของการสังเกต} &= \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}} \\ &= \frac{29}{29+1} = .96 \end{aligned}$$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงอธิการบดีกรมกิจการผู้สูงอายุขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี และขออนุญาตนายกองคการบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมขอเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม โดยชี้แจงชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ พร้อมแบบสอบถาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย เนื่องจากสถานที่เก็บข้อมูลการวิจัยไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการการวิจัยในคน ผู้วิจัยจึงได้ทำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในคนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานและติดต่อขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการบ้านพักคนชรา ทั้ง 3 แห่ง พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุและขอความอนุเคราะห์ด้านสถานที่ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่นัดหมายของบ้านพักคนชราที่ 3 แห่ง ในวันเวลาราชการจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 259 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลที่ดูแลบ้านพักคนชราแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการดำเนินงานวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาล จำนวน 4 คนที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและเคยได้รับการฝึกการใช้เครื่องมือมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปี ได้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นขอความร่วมมือผู้สูงอายุเข้าร่วมในการวิจัยและตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยคำนึงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและขณะทำแบบสอบถาม เมื่อผู้สูงอายุยินยอมให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. สถานที่ในการวิจัย เป็นสัดส่วน เจียบสงบ โล่งแจ้ง ไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคในการประเมินตามแบบสอบถาม

5. การตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์/อ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟัง แล้วให้ผู้สูงอายุตอบ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที รวมทั้งผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเปราะบาง

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและซักถามเพิ่มเติม

7. นำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ จะทำการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติวันที่ 14 พฤศจิกายน 2559 เลขที่หนังสืออนุมัติ COA No. 082/2560 เลขที่โครงการวิจัย 167.1/59 ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้

ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบ กลุ่มตัวอย่างหรือต่อกรพยาบาล การบำบัดรักษาของแพทย์และการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยชื่อนามสกุลที่แท้จริง การขอข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยจะพยายามให้เป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/ Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Information Consent Form) หากระหว่างดำเนินการวิจัยผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะรีบแจ้งเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องให้ทราบโดยเร็วที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา เหตุผลที่เข้ามาพักอาศัยในบ้านพักคนชรา ประวัติการหกล้ม สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูล อายุ จำนวนโรคประจำตัวและระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binaty Logistic Regression

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ และศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานีและสถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม รวมจำนวน 150 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แสดงไว้ในตาราง 5-7

ส่วนที่ 2 ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แสดงไว้ในตาราง 8-10

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แสดงไว้ในตาราง 11

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและ
ปริมณฑล

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคลในผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (\bar{X} = 76.6, S.D = 8.2, Min = 60, Max = 95)		
60-69 ปี	32	21.3
70-79 ปี	63	42.0
80 ปีขึ้นไป	55	36.7
เพศ		
ชาย	70	46.7
หญิง	80	53.3
ศาสนา		
พุทธ	142	94.7
คริสต์	5	3.3
อิสลาม	3	2.0
สถานภาพสมรส		
โสด	63	42.0
สมรส	11	7.3
หย่าร้าง	5	3.3
หม้าย/แยกทาง	71	47.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	36	24.0
ระดับประถมศึกษา	68	45.3
ระดับมัธยมศึกษา	23	15.3
ระดับอนุปริญญา	7	4.7
ระดับปริญญาตรี	10	6.7
สูงกว่าปริญญาตรี	6	4.0

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคล ในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มี	50	33.3
มีโรคประจำตัว	100	66.7
โรคร่วมที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ความดันโลหิตสูง	66	40.5
เบาหวาน	34	20.9
ข้อเข่าเสื่อม	18	11.0
หัวใจ	11	6.7
หลอดเลือดสมอง	6	3.7
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	5	3.1
ไตวายเรื้อรัง	1	0.6
อื่นๆ เช่น มะเร็ง นิ้วในถุงน้ำดี ต่อมลูกหมากโต ไชมันโน เลือดสูง พาร์กินสัน เก๊าท์ หอบหืด ภูมิแพ้ โลหิตจาง ไส้เลื่อนและ ไทรอยด์	22	13.5
ระยะเวลาที่อยู่ในบ้านพักคนชรา (\bar{X} = 6.4, S.D = 7.5, Min = 1 เดือน, Max = 28 ปี)		
0-5 ปี	92	61.3
6-10 ปี	40	26.7
มากกว่า 10 ปี	18	12
เหตุผลสำคัญที่สุดที่เข้ามาพักอาศัยในบ้านพักคนชรา		
ไม่มีผู้ดูแล	114	76.0
ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	12	8.0
มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับญาติ/เพื่อนบ้าน	11	7.3
เหงา/ต้องการเพื่อน	6	4.0
มีปัญหาทางการเงิน	2	1.3
อื่นๆ เช่น ไม่มีที่อยู่	5	3.4

ตารางที่ 5 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะส่วนบุคคล ใน ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการหกล้ม/กระตุกหัก		
ไม่เคย	75	50.0
เคย	75	50.0
จำนวนครั้งที่เคยหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (\bar{X} = 2.13, S.D = 2, Min = 1, Max = 10)		
1-2 ครั้ง	58	77.3
3-4 ครั้ง	9	12.0
มากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป	8	10.7
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	103	68.7
เลิกสูบแล้ว	36	24.0
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	11	7.3
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	117	78.0
เลิกดื่มแล้ว	31	20.7
ปัจจุบันยังดื่มอยู่	2	1.3

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน มีอายุเฉลี่ย 76.57 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 42 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 รองลงมา คือ ศาสนาคริสต์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 และศาสนาอิสลาม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2 มีสถานะหม้าย/แยกทาง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ โสด จำนวน 63 คน ร้อยละ 42 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมา คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 24 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 โดยคนที่มีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ 5 โรค ต่ำที่สุด คือ 1 โรค ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.2 โรค พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ

40.5 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 และโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 18 คน ร้อยละ 11 ส่วนโรคอื่น ๆ ที่พบมีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 ได้แก่ มะเร็ง นิ้วในถุงน้ำดี ต่อมลูกหมากโต ไชมันในเลือดสูง พาร์กินสัน เก๊าท์ หอบหืด ภูมิแพ้ โลหิตจาง ไส้เลื่อนและ ไทรอยด์ ระยะเวลาที่อยู่ในบ้านพักคนชรา พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านพักคนชราเฉลี่ย 6.4 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 เหตุผลสำคัญที่สุดที่เข้ามาพักอาศัยในบ้านพักคนชรา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา คือ ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 8 เคยหกล้ม/กระดุกหัก จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่เคยหกล้ม 1-2 ครั้ง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 68.7 ไม่ดื่มสุรา จำนวน 117 คนคิดเป็น ร้อยละ 78 รองลงมา คือ เลิกดื่มแล้วจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 และปัจจุบันยังดื่มอยู่จำนวน 2 คนคิดเป็น ร้อยละ 1.3

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

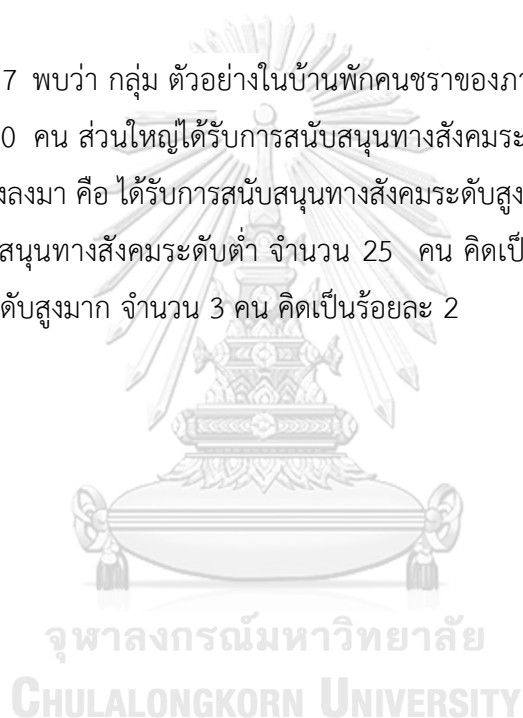
ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า (n=150)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	115	76.7
มีภาวะซึมเศร้า	35	23.3
ระดับของภาวะซึมเศร้า (n=35)		
ภาวะซึมเศร้ายกระดับเล็กน้อย	20	57.1
ภาวะซึมเศร้ายกระดับปานกลาง	8	22.9
ภาวะซึมเศร้ายกระดับรุนแรง	7	20.0
รวม	150	100

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในบ้านพักคนชราของภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 โดยมีภาวะซึมเศร้ายกระดับเล็กน้อย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ซึมเศร้ายกระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 22.9 และซึมเศร้ายกระดับรุนแรง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ดูแลบ้านพักคนชราทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ายกระดับรุนแรงต่อไป

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (n=150)

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	25	16.7
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	69	46.0
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	53	35.3
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมาก	3	2.0
รวม	150	100

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างในบ้านพักคนชราของภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 150 คน ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 46 รองลงมา คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 35.3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมาก จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2



ส่วนที่ 2 ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและ
ปริมณฑล

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ภาวะเปราะบาง	จำนวน	ร้อยละ
เปราะบาง	88	58.7
ไม่เปราะบาง	62	41.3
รวม	150	100

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในบ้านพักคนชราของภาครัฐ เขต
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่วนใหญ่มีภาวะเปราะบาง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 และ
ไม่มีภาวะเปราะบาง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะรายด้านของภาวะเปราะบางในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ
เปราะบาง (n=88)

อาการของภาวะเปราะบาง*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional weight loss)	17	19.3
ภาวะหมดแรง (Exhaustion)	37	42.0
ภาวะอ่อนกำลัง (Weakness)	78	88.6
เดินช้าลง (Low walking speed)	81	92.0
การทำกิจกรรมลดลง (Low physical activity)	61	69.3

*เลือกตอบได้หลายข้อ

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเปราะบางทั้งหมด 88 คน มีอาการเดินช้าลงมาก
ที่สุด จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 92 รองลงมา คือ ภาวะอ่อนกำลัง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ
88.6 การทำกิจกรรมลดลง จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 69.3 ภาวะหมดแรง จำนวน 37 คน คิด
เป็นร้อยละ 42 และน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละ ของภาวะเปราะบาง จำแนกตามอายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม (n=150)

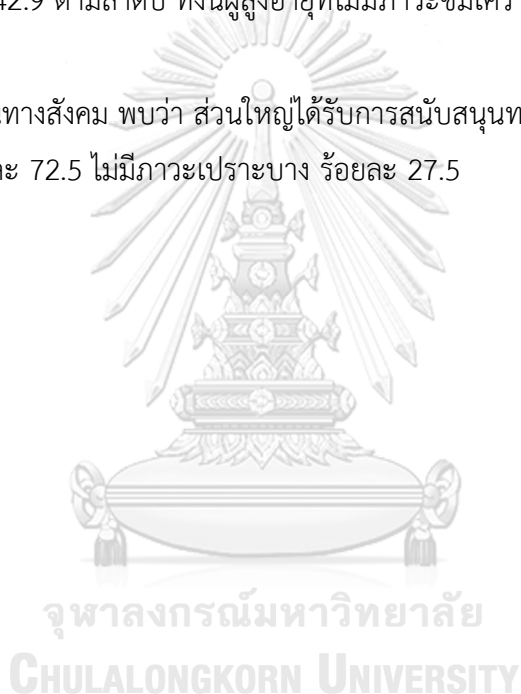
ปัจจัย	ไม่เปราะบาง (n=62)	เปราะบาง (n=88)	รวม (n = 150)
อายุ			
60-69 ปี	16 (50%)	16 (50%)	32 (100%)
70-79 ปี	33 (52.4%)	30 (47.6%)	63 (100%)
80 ปีขึ้นไป	13 (23.6%)	42 (76.4%)	55 (100%)
เพศ			
ชาย	24 (34.3%)	46 (65.7%)	70 (100%)
หญิง	38 (47.5%)	42 (52.5%)	80 (100%)
โรคร่วม			
ไม่มี	20 (40%)	30 (60%)	50 (100%)
มี	42 (42%)	58 (58%)	100 (100%)
ภาวะซึมเศร้า			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	52 (45.2%)	63 (54.8%)	115 (100%)
มีภาวะซึมเศร้า			
ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	4 (20%)	16 (80%)	20 (100%)
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (100%)
การสนับสนุนทางสังคม			
มีการสนับสนุนต่ำ	9 (36%)	16 (64%)	25 (100%)
มีการสนับสนุนปานกลาง	19 (27.5%)	50 (72.5%)	69 (100%)
มีการสนับสนุนสูง	33 (62.3%)	20 (37.7%)	53 (100%)
มีการสนับสนุนสูงมาก	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100%)

จากตารางที่ 10 เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะเปราะบางสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี โดยมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 50 และพบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบถึงร้อยละ 65.7 และเพศหญิงมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 52.5

โรคร่วม พบว่า ผู้ที่ไม่มีโรคร่วมมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่มีโรคร่วม โดยพบถึงร้อยละ 60 และผู้ที่มีโรคร่วมมีภาวะเปราะบางร้อยละ 58

ภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยเกิดภาวะเปราะบางสูงที่สุด โดยพบมากถึงร้อยละ 80 รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 72.5 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 42.9 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 54.8

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 72.5 ไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 27.5



ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับ ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตารางที่ 11 วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ตัวแปร	B	Exp(B)	95%CI	Sig.
อายุ	.092	1.096	1.043-1.153	.000
เพศ	-.648	.523	.233-1.121	.102
โรคร่วม	-.093	.912	.421-1.976	.814
ภาวะซึมเศร้า	.007	1.007	.946-1.072	.825
การสนับสนุนทางสังคม	-.058	.95	.900-.989	.015
Constant	-3.831	.022		.079

Cox & Snell R Square = .172 (p<.05)

จากตารางที่ 11 การเกิดภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา จากการวิเคราะห์ การถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression) พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสเกิด ภาวะเปราะบาง โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปีจะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางคิดเป็น 1.1 เท่าหรือร้อยละ 10 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางลดลงร้อยละ 5

บทที่ 5

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราและศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ

สมมติฐานในการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง
2. อายุ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา
3. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล มีจำนวนทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) 2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี และ 3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้าจากการวิจัย (Inclusion criteria)

1. สามารถอ่านออก สือสารได้ เข้าใจภาษาหรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

3. สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์หรือเสียชีวิต
2. ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น โกรธ ก้าวร้าว โวยวาย ที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายแก่บุคคลอื่นได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis and Sample Size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Power Analysis for sample size (PASS) มีขนาดของความสัมพันธ์อย่างน้อยในระดับต่ำขึ้นไป ($r = .3$) ในการวิเคราะห์เพื่อให้มีอำนาจทดสอบ 80% (Power of test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 124 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1999) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีจำนวนทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

- 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ
- 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่ในบ้านพักคนชรา เหตุผลสำคัญที่สุดที่เข้ามาพักอาศัยในบ้านพักคนชรา ประวัติการหกล้ม/กระตุกหัก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา น้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบัน จำนวน 12 ข้อ
- 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่แปลโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ
- 4) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ สุภาภรณ์ สังฆมรรทร (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ

5) แบบประเมินภาวะเปราะบาง ของ Fried et al. (2001) แปลและดัดแปลงโดย นุชอนงค์ อินทนู (2555)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบาง ซึ่งผ่านการพิจารณาแก้ไขเรียบร้อยแล้วจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ไปตรวจความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ส่วนเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยแล้ว มีความน่าเชื่อถือจึงไม่ส่งตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบาง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และ .80 ตามลำดับ และนำมาตรวจสอบความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรabanลพบุรีและนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เท่ากับ .80 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) เท่ากับ .83 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .80 แบบประเมินภาวะเปราะบางคำนวณหาความเที่ยง โดยวิธีใช้ผู้ประเมินร่วม (inter-rater method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี และสถานสงเคราะห์คนชรabanนครปฐม ระหว่างวันที่ 26 ธันวาคม 2559 – 24 มีนาคม 2560 รวมระยะเวลาที่เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 3 เดือน ได้ข้อมูลทั้งสิ้น 150 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา เหตุผลที่เข้ามาพักอาศัยในบ้านพักคนชรา ประวัติการหกล้ม สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะซึมเศร้าแล ะ การสนับสนุนทางสังคม ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูล อายุ จำนวนโรคประจำตัวและระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary logistic Regression

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 58.7
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบาง คิดเป็นร้อยละ 10
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางลดลง ร้อยละ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะยาวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งผลการวิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีความชุกของภาวะเปราะบาง ร้อยละ 58.7 และไม่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 41.3 เมื่อเปรียบเทียบความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักคนชรา พบว่า ในบ้านพักคนชรามีความชุกมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษา Kojima (2015) พบว่า มีภาวะเปราะบางในสถานบริบาล (nursing home) สูงถึงร้อยละ 52.3 และ Buckinx et al. (2015) ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริบาลโดยใช้เครื่องมือต่างกัน พบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 1.70 (Frailty Index) ถึงร้อยละ 76.3 (Groningen Frailty Indicator) อาจเนื่องมาจากภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค จากการสำรวจ พบว่า ในบ้านพักคนชราผู้ที่มีโรคร่วม ร้อยละ 66.7 และมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 58 และคุณลักษณะของภาวะเปราะบางที่พบมากที่สุด คือ ภาวะอ่อนกำลัง พบร้อยละ 59.3 และเดินช้าลง พบร้อยละ 58.7 มักพบในผู้ที่มีโรคกระดูกและข้อ เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน ทำให้ผู้สูงอายุเดินไม่สะดวก จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อมีโรคประจำตัวทำให้แรงความเสื่อมของร่างกายให้เร็วขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา มากถึงร้อยละ 40.5 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.9 และโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 11 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ (2556) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทย มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และมีโรคร่วม (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) ร้อยละ 13 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ง่าย ส่งผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม นำไปสู่ภาวะเปราะบางได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2010) และ Runzer-Colmenares et al. (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร คือ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ซึ่งอธิบายตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง ($OR = .523$, $CI = .233-1.121$, $P > .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอุบัติการณ์ภาวะเปราะบางในเพศชายและเพศหญิงมีเท่าๆ กัน โดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 65.7 และในเพศหญิง ร้อยละ 52.5 ซึ่งต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบภาวะเปราะบางในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย (Fried et al., 2001) ซึ่งจะพบว่า เพศหญิงมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7.3 และเพศชายพบร้อยละ 3.1 (Romeo-Ortuno et al., 2010) นอกจากนี้ในการศึกษาภาวะเปราะบางในคลินิกผู้สูงอายุของประเทศเปรู พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางมากกว่าเพศชาย (Runzer-Colmenares et al., 2014) สำหรับในประเทศไทย สุพรรณิ ใจดี (2559) ได้ศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 33.91 และในเพศหญิง ร้อยละ 31.48 สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชอนงค์ อินทนู (2555) พบว่า เพศชายมีภาวะเปราะบางมากกว่าเพศหญิง โดยพบความชุกของภาวะเปราะบางในเพศชาย ร้อยละ 79.4 เพศหญิงพบร้อยละ 20.6 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราส่วนใหญ่เพศชายที่เข้ามาอาศัยเป็นผู้ที่มีความเสื่อมของร่างกายมากกว่าเพศหญิง มีประวัติเคยสูบบุหรี่และดื่มสุรามาก่อนและยังมีโรคประจำตัวมากกว่าเพศหญิง ทำให้มีพบภาวะเปราะบางในเพศชายมากกว่า ซึ่งในแต่ละบริบท เช่น ชุมชน โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชราอาจจะพบความชุกของภาวะเปราะบางได้ในเพศหญิงหรือเพศชายที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ อายุ โรคประจำตัวและการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา (Bergman et al., 1997)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อายุ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($OR = 1.096$, $CI = 1.043-1.153$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี โอกาสในการเกิดภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลง ความแข็งแรงลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะเปราะบาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fried et al. (2001) พบว่า อายุที่มากขึ้นส่งผลให้มีภาวะเปราะบางมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 7 และจะเพิ่มขึ้น

เป็น ร้อยละ 30 เมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป สำหรับในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 (Fried et al., 2004) และ Ng et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จะมีภาวะเปราะบางมากขึ้น (Odds Ratio=2.97) การศึกษาของ Chen et al. (2014) พบว่า อายุที่มากขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio=1.14) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อลดลง และเป็นลักษณะที่ชัดเจนของภาวะเปราะบาง ในประเทศไทยพบการศึกษาของ นุชอนงค์ อินทนู (2555) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยอายุที่มากขึ้นจะมีความชุกของภาวะเปราะบางมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะพบความชุกของภาวะเปราะบางถึงร้อยละ 43.4 สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ ใจดี (2559) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน

โรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางและไม่สามารถทำนายโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 ชนิด พบร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีโรคประจำตัว 2 ชนิดขึ้นไปพบเพียงร้อยละ 29 และพบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.9 เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามที่บ้านพักคนชราจัดหามาให้ และได้รับการตรวจสุขภาพทุกเดือน ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ โรคไม่รุนแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในการประเมินภาวะเปราะบางในแต่ละคุณลักษณะ เช่น การวัดแรงกำมือ การเดินและการทำกิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุสามารถทำได้ดี อย่างไรก็ตามในระยะยาวโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน จะนำไปสู่โรคอื่นที่รุนแรงขึ้น เช่น โรคไต โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม นำไปสู่ภาวะเปราะบางได้ ดังการศึกษาของ Chen et al. (2010) พบว่า ผู้ที่มีภาวะเปราะบางจะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 49.5 และการศึกษาของ Runzer-Colmenares et al. (2014) พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

ภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางและไม่สามารถทำนายโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jurschik et al. (2012) และ Chen et al. (2014) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีแรง รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรม ทำให้นำไปสู่ภาวะเปราะบางและการศึกษาของ Dent & Hoogendijk (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio=2.66) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะของภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า (Brown et al., 2014; Almeida et al., 2015) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจะยิ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบาง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุพรรณิ ใจดี, 2559) จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า มากกว่า 3 ใน 4 ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราไม่มีภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 76.7 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 23.3 จึงทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้ามักมีการกระจายตัวน้อย โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะเศร่าระดับเล็กน้อย มีภาวะเปราะบางมากที่สุด คือ ร้อยละ 80 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าระดับปานกลางมีภาวะเปราะบางร้อยละ 75 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าระดับรุนแรงมีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 42.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุก่อนย้ายเข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชราส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล มีสถานภาพโสด การมาใช้ชีวิตอยู่ในบ้านพักคนชราทำให้ได้พบ พูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกับผู้ปวย เช่น เย็บปักถักร้อย ทำงานฝีมือฝึกอาชีพ เล่นกีฬาหรือร่วมงานตามเทศกาลต่าง ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าระดับรุนแรงร้อยละ 20 และมีภาวะเปราะบางด้วย ร้อยละ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องมีการจัดการแก้ไขและให้การดูแลอย่างเร่งด่วนเนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร่าจะรู้สึกหดหู่ เฉื่อยชา ไม่อยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เก็บตัว ทำให้เกิดเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะเปราะบาง (Woo et al., 2005)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราของภาครัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.287$) และสามารถทำนายโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio= .943, 95%CI= .900-.989) สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดในปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรามีความคาดหวังว่าจะได้รับการสนับสนุน การให้คำปรึกษาทั้งด้านสุขภาพ อารมณ์ สิ่งของและข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับสังคม ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ร่วมทำกิจกรรมในสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย (Espinoza & Walston, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jeon, Jang & Park (2012) ที่พบว่า ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมและขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะเปราะบางได้ (Odds Ratio= 2.01, Odds Ratio=1.34 ตามลำดับ) และการการศึกษาของ Dent & Hoogendijk (2014) และ Jurschik et al. (2012) พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปและมีภาวะเปราะบาง ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้มีภาวะเปราะบางมากขึ้น (Woo et al., 2005)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้จัดการกับปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีการคัดกรองภาวะเปราะบาง โดยใช้แบบประเมินภาวะเปราะบางของ Fired et al. (2001) เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบาง เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายและสะดวก สามารถจัดกระทำกับคุณลักษณะหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางได้

1.2 บุคลากรทางการพยาบาลในบ้านพักคนชราควรประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ การสนับสนุนทางสังคม ด้านจิตใจ ที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราทุกราย โดยอาจประเมินทุกเดือนเพื่อนำไปวางแผนการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเปราะบาง การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดภาวะเปราะบางแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบัน การให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุป้องกันและชะลอความเสื่อมตามวัย ไม่ให้เกิดภาวะเปราะบางและยังเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.3 ส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะเปราะบาง

2. ด้านการศึกษา

ควรมีการนำความรู้เรื่องภาวะเปราะบางและผลการวิจัย ไปใช้ในการเรียนการสอนของสถานศึกษาทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาการดูแลที่มีคุณภาพและยกระดับมาตรฐานการพยาบาลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว

3. ด้านการศึกษาวิจัย

3.1 จากการศึกษา พบว่ามีเพียง 2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง คือ อายุ และการสนับสนุนทางสังคม จึงควรศึกษาตัวแปรอิสระอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวล ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น

3.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการจัดกระทำทางการพยาบาล

3.3 ควรมีการศึกษาภาวะเปราะบางในโรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชราภาคเอกชนเพื่อให้ทราบภาพรวมภาวะเปราะบางของประเทศไทยเพื่อผลักดันให้เป็นนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). *รายงานประจำปี 2550*. กรุงเทพฯ: มส.ผส.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัย ระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภารการพิมพ์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2552). *เอกสารคำสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพงษ์ พบสมัย. (2551). *ความต้องการบริการด้านการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรีและสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้และแนวทางการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.): มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชอนงค์ อินทนู. (2555). *ภาวะห่อหมกวัย: การวิเคราะห์สถานการณ์ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- พันธทิพย์ วรวาท. (2551). *การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542). *อายุ*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : <http://msk-school.net/TRIED2542/keywords.html>[18พฤษภาคม 2559]
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและวิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2556). *รายงานประจำปี*

- สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: เอสเอสพลัส มีเดีย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
(2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง.
- เย็นจิตร ถิ่นขาม. (2553). *ความเป็นเพศหญิงและความเป็นเพศชาย* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<https://www.gotoknow.org/posts/357826>[19 May 2016]
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ความท้าทายกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ*
พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาล*
จิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2553). *ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารสภาการ*
พยาบาล, 25(3), 5-9.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่
3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *โครงการวิจัยเรื่อง*
รูปแบบการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการในประเทศไทย. สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ
อรุณแสง. (2552). *รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุ*
ระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลรักษากลุ่ม*
อาการสูงอายุ. นนทบุรี: อีส ออกัส.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย:*
ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*.
กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น.
- สุพรรณิ ใจดี. (2559). *การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร*. สาขาการ

พยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาภรณ์ สังฆมรรทร. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ. ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและสิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, *ผู้สูงอายุในประเทศไทย*, 44-45. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณมานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542).

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพันธิชิ่ง.

อรพรรณ ทองแดง. (2541). *สาระนั้นรู้เพื่อผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

ภาษาอังกฤษ

Almeida, O. P., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J., Norman, P. E., & Flicker, L. (2015). Depression, frailty, and all-cause mortality: A cohort study of men Older than 75 years. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(4), 296-300.

Ávila Funes, J. A., Amieva, H., Barberger Gateau, P., Le Goff, M., Raoux, N., Ritchie et al. (2009). Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three city study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 453-461.

Beck, A. T. (1979). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect*. New York: Hoeber Medical Division.

Bell, C. L., Lee, A. S., & Tamura, B. K. (2015). Malnutrition in the nursing home. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 18(1), 17-23.

Bell, C. L., Tamura, B. K., Masaki, K. H., & Amella, E. J. (2013). Prevalence and Measures of nutritional compromise among nursing home patients: weight loss, low body mass index, malnutrition, and feeding dependency, a systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(2), 94-100.

Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of*

Epidemiology, 109(2), 186-204.

- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A. P., Tousignant, P., Brunelle, Y., ... & Clarfield, M. (1997). Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration?. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1116-1121.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). The PRQ: A social support measure. *Nursing research*, 30(5), 277-280.
- Brotto, M., & Abreu, E. L. (2012). Sarcopenia: pharmacology of today and tomorrow. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 343(3), 540-546.
- Brown, P. J., Roose, S. P., Fieo, R., Liu, X., Rantanen, T., Sneed, J. R., et al. (2014). Frailty and depression in older adults: A high-risk clinical population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1083-1095.
- Buckinx, F., Reginster, J. Y., Dardenne, N., Beudart, C., Slomian, J., GILLAIN, S., ... & Bruyère, O. (2015). Prevalence of frailty in nursing home residents according to various diagnostic tools. *Journal of Frailty & Aging*, 4(S1), 61.
- Buigues, C., Padilla-Sánchez, C., Garrido, J. F., Navarro-Martínez, R., Ruiz-Ros, V., & Cauli, O. (2015). The relationship between depression and frailty syndrome: a systematic review. *Aging & mental health*, 19(9), 762-772.
- Campbell, A. J., & Buchner, D. M. (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and ageing*, 26(4), 315-318.
- Chen, L. J., Chen, C. Y., Lue, B. H., Tseng, M. Y., & Wu, S. C. (2014). Prevalence and associated factors of frailty among elderly people in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 8(3), 114-119.
- 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. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50, S43-S47.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752-762.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- 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.
- Comijs, H.C., van Marwijk, H.W., van der Mast, R.C., Naarding, P., Voshaar, R.C.O., Beekman, A.T. et al. (2011). The Netherlands study of depression in older persons (NESDO); a prospective cohort study. *BMC Research Notes*, 4(1), 524.
- De Lepeleire, J., Iliffe, S., Mann, E., & Degryse, J. M. (2009). Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract*, 59(562), e177-e182.
- Dent, E. & Hoogendijk, E. O. (2014). Psychosocial factors modify the association of frailty with adverse outcomes: a prospective study of hospitalized older people. *BMC Geriatrics*, 14(1), 108.
- Espinoza, S. E. & Fried, L. P. (2007). Risk factors for frailty in the older adult. *Clinical Geriatrics*, 15(6), 37.
- Espinoza, S., & Walston, J. D. (2005). Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 72(12), 1105.
- Ebersole, P. & Hess, P. (2004). *Towards healthy aging*. 6th ed. Mosby: Affiliate of Elsevier.
- Eyigor, S., Kutsal, Y. G., Duran, E., Huner, B., Paker, N., & Durmus, B. (2015). Frailty prevalence and related factors in the older adult Frail TURK project. *AGE*, 37(3), 1-13.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler, G. B., & Walston, J. D. (2004). Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 625-634.
- Ferrucci, L., Harris, T. B., Guralnik, J. M., Tracy, R. P., Corti, M. C., Cohen, H. J., et al. (1999). Serum IL6 level and the development of disability in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(6), 639-646.
- Fried, L. P., Darer, J. & Walston, J. (2003). Frailty. In: Cassel, C. K., eds. *Geriatric Medicine and Evidence- Based Approach*. 4th Ed. (pp. 1067-1076). New York: Springer-Verlag.
- 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. *The Journals of*

Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56(3), 146-157.

Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263.

Fried, L. P., & Walston, J. (2003). Frailty and failure to thrive. In: Hazzard, W. R., Blass, J. P., Halter, J. B., Ouslander, J. G., Tinetti, M. E., eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th Ed. (pp. 1487–1502). New York: McGraw-Hill.

Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2), 76-86.

Hamerman, D. (1999). Toward an understanding of frailty. *Annals of internal medicine*, 130(11), 945-950.

Hlatky, M. A. (2004). Comorbidity and outcome in patients with coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 43 : 583-584.

House, J. S. (1981). *Work Stress and social support*. Addison-Wesley, Reading, MA.

Jacobson, D. E. (1986). Type & tinning of social support. *Journal of Social Behavior*, 27(9), 250-264.

Jeon, G. S., Jang, S. N., & Park, S. (2012). Social support, social network, and frailty in Korean elderly. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 16(2), 84-94.

Jürschik, P., Nunin, C., Botigué, T., Escobar, M. A., Lavedán, A., & Viladrosa, M. (2012). Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly Population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 625-631.

Kaehr, E., Visvanathan, R., Malmstrom, T. K., & Morley, J. E. (2015). Frailty in Nursing Homes: The FRAIL-NH Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(2), 87.

Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care*, 47-58.

Kojima, G. (2015). Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and

- Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 940-945.
- Kwong, E. W. Y., Lai, C. K. Y., & Chan, K. S. (2014). Factors associated with quality of life in nursing home residents with frailty. *Clinical Nursing Studies*, 2(2), p1.
- Lally, F. & Crome, P. (2007). Understanding frailty. *Postgraduate Medical Journal*, 83, 16-20.
- Lamberts, S. W., Van den Beld, A. W., & van der Lely, A. J. (1997). The endocrinology of aging. *Science*, 278(5337), 419-424.
- Landi, F., Onder, G., Cesari, M., Barillaro, C., Lattanzio, F., Carbonin, P. U., & Bernabei, R. (2004). Comorbidity and social factors predicted hospitalization in frail elderly patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(8), 832-836.
- Landi, F., Liperoti, R., Fusco, D., Mastropaolo, S., Quattrociochi, D., Proia, A., et al. (2012). Prevalence and risk factors of sarcopenia among nursing home older residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 67(1), 48-55.
- León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., López-García, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2014). Mediterranean diet and risk of frailty in community-dwelling older adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(12), 899-903.
- Levers, M. J., Estabrook, C. A., & Ross Kerr, J. C., (2006). Factors contributing to frailty: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 282-291.
- Li, C. M., Chen, C. Y., Li, C. Y., Wang, W. D., & Wu, S. C. (2010). The effectiveness of a comprehensive geriatric assessment intervention program for frailty in community- dwelling older people: a randomized, controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, S39-S42.
- Lipsitz, L. A., & Goldberger, A. L. (1992). Loss of complexity and aging: potential applications of fractals and chaos theory to senescence. *Jama*, 267(13), 1806-1809.
- Ma, S. H., Jeung, K. Y., Hong, S. H., Shim, E. Y., Yoo, S. H., Kim, M. Y., & Yoon, J. L. (2009). Correlation between frailty level and disability of the elderly and frailty related factors. *Korean journal of family medicine*, 30(8), 588-597.

Matusik, P., Tomaszewski, K., Chmielowska, K., Nowak, J., Nowak, W., Parnicka, A. et al. (2012). Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(1), 22-24.

Medical coding ICD-10 & ICD-9-CM. (2007). Comorbidity [Online]. Available from: <http://2knowmedrec.page.tl/%3CB%3E%3Cfont-face%3D-g-MS-sans-serif-g--color%3D-g-Brown-g--size%3D2%3E%26%233585%3B%26%233634%3B%26%233619%3B%26%233623%3B%26%233636%3B%26%233609%3B%26%233636%3B%26%233592%3B%26%233593%3B%26%233633%3B%26%233618%3B%26%233619%3B%26%233656%3B%26%233623%3B%26%233617%3B%3C-s-font%3E%3C-s-B%3E.htm> [19 May 2016]

Mitnitski, A. B., Mogilner, A. J., & Rockwood, K. (2001). Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *The Scientific World Journal*, 1, 323-336.

Miller, J.F. (1995). *Coping with chronic illness*. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.

Morley, J. E. (2010). Anorexia, weight loss, and frailty. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(4), 225-228.

Morley, J. E., Malmstrom, T. K., Rodriguez-Mañas, L., & Sinclair, A. J. (2014). Frailty, sarcopenia and diabetes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(12), 853-859.

Morley, J. E., Malmstrom, T. K., & Miller, D. K. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *The journal of nutrition, health & aging*, 16(7), 601-608.

Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Larbi, A., & Yap, K. B. (2014). Frailty in older persons: multisystem risk factors and the frailty risk index (FRI). *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 635-642.

Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing research*, 30(5), 264-269.

Nourhashémi, F., Andrieu, S., Gillette-Guyonnet, S., Vellas, B., Albaredo, J. L., & Grandjean, H. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and*

Medical Sciences, 56(7), M448-M453.

- Panza, F., Solfrizzi, V., Giannini, M., Seripa, D., Pilotto, A., & Logroscino, G. (2014). Nutrition, frailty, and Alzheimer's disease. *Frontiers in aging neuroscience*, 6.
- Paw, M. J. C. A., Dekker, J. M., Feskens, E. J., Schouten, E. G., & Kromhout, D. (1999). How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *Journal of clinical epidemiology*, 52(11), 1015-1021.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, G. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research Principles and Method 6th edition*, Philadelphia, PA: Lippincott Company.
- Puts, M. T., Lips, P., & Deeg, D. J. (2005). Sex differences in the risk of frailty for Mortality independent of disability and chronic diseases. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 40-47.
- Puts, M. T., Lips, P., Ribbe, M. W., & Deeg, D. J. (2005). The effect of frailty on residential/nursing home admission in the Netherlands independent of chronic diseases and functional limitations. *European Journal of Ageing*, 2(4), 264-274.
- Raphael, D., Cava, M., Brown, I., Renwick, R., Heathcote, K., Weir, N., et al., (1994). Frailty: a public health perspective. *Canadian journal of public health= Revue canadienne de sante publique*, 86(4), 224-227.
- Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A. (2007). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 738-743.
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 150(4), 489.
- Romero-Ortuno, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., & Kenny, R. A. (2010). A frailty instrument for primary care: findings from the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics*, 10(57), 1-12.
- Runzer-Colmenares, F. M., Samper-Ternent, R., Al Snih, S., Ottenbacher, K. J., Parodi,

- J. F., & Wong, R. (2014). Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 58(1), 69-73.
- Santos-Eggimann, B., Cuénoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(6), 675-681.
- Senior, H. E., Henwood, T. R., Beller, E. M., Mitchell, G. K., & Keogh, J. W. (2015). Prevalence and risk factors of sarcopenia among adults living in nursing homes. *Maturitas*, 82(4), 418-423.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Srinivas-Shankar, U. & Wu, F. (2009). Frailty and muscle function: Role for testosterone?. *BaselKarger*, 37(10), 133-149.
- Song, X., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2010). Prevalence and 10- Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 681-687.
- Speechley, M., & Tinetti, M. (1991). Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(1), 46-52.
- Starr, K. N. P., McDonald, S. R., & Bales, C. W. (2014). Obesity and physical frailty in older adults: a scoping review of lifestyle intervention trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(4), 240-250.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Balfour, J. L., Higby, H. R., & Kaplan, G. A. (1998). Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1), S9-S16.
- Stouthard, J. M., Romijn, J. A., Van der Poll, T., Endert, E. R. I. K., Klein, S. A. M. U. E. L., Bakker, P. J., et al. (1995). Endocrinologic and metabolic effects of interleukin-6 in humans. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 268(5), E813-E819.
- Tamura, B. K., Bell, C. L., Masaki, K. H., & Amella, E. J. (2013). Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: a

- systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 649-655.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4), 416.
- Topinková, E. (2008). Aging, disability and frailty. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 52(1), 6-11.
- Walston, J., Hadley, E. C., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Newman, A. B., Studenski, S. A. et al. (2006). Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 991-1001.
- World Health Organization.(2016). *Gender, women and health*. [online] Available from: <http://apps.who.int/gender/whatisgender/en/index.html> retrieved on 28 April 2016.
- Winograd, C. H., Gerety, M. B., Brown, E., & Kolodny, V. (1988). Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(12), 1113-1119.
- Woo, J., Goggins, W., Sham, A., & Ho, S. C. (2005). Social determinants of frailty. *Gerontology*, 51(6), 402-408.
- Woods, N. F., LaCroix, A. Z., Gray, S. L., Aragaki, A., Cochrane, B. B., Brunner, R. L., et al. (2005). Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(8), 1321-1330.
- Yesavage, J. A. et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
การแปลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การวิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a	N	Percent
Selected Cases Included in Analysis	150	100.0
Missing Cases	0	.0
Total	150	100.0
Unselected Cases	0	.0
Total	150	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
ไม่เปราะบาง	0
เปราะบาง	1

Block 0: Beginning Block

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Iteration History^{a,b,c}

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients
		Constant
Step 0	1	203.415
	2	203.415
	3	203.415

a. Constant is included in the model.

b. Initial -2 Log Likelihood: 203.415

c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

Block 1: Method = Enter

Iteration History^{a,b,c,d}

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients					
		Constant	Age	Gender	diseaseNO	sumdepress	SUMsocialsupport
Step 1 1	175.921	-3.032	.074	-.566	.039	.006	-.050
2	175.061	-3.761	.090	-.664	.058	.006	-.060
3	175.056	-3.826	.092	-.671	.060	.006	-.061
4	175.056	-3.827	.092	-.671	.060	.006	-.061

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 203.415

d. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	28.359	5	.000
	Block	28.359	5	.000
	Model	28.359	5	.000

CHULALONGKORN UNIVERSITY

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	175.056 ^a	.172	.232

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	10.197	8	.251

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		ภาวะเปราะบาง = ไม่เปราะบาง		ภาวะเปราะบาง = เปราะบาง		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	10	11.901	5	3.099	15
	2	11	9.828	4	5.172	15
	3	8	8.377	7	6.623	15
	4	8	7.555	7	7.445	15
	5	9	6.404	6	8.596	15
	6	7	5.138	8	9.862	15
	7	1	4.609	14	10.391	15
	8	3	4.047	12	10.953	15
	9	4	2.692	12	13.308	16
	10	1	1.449	13	12.551	14

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		ภาวะเปราะบาง		Percentage Correct
		ไม่เปราะบาง	เปราะบาง	
Step 1 ภาวะเปราะบาง	ไม่เปราะบาง	33	29	53.2
	เปราะบาง	20	68	77.3
Overall Percentage				67.3

a. The cut value is .500



Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a Age	.092	.026	12.857	1	.000	1.096	1.043	1.153
Gender	-.648	.396	2.676	1	.102	.523	.240	1.137
disease1	-.093	.395	.055	1	.814	.912	.421	1.976
sumdepress	.007	.032	.049	1	.825	1.007	.946	1.072
socialsupport	-.058	.024	5.930	1	.015	.95	.900	.989
SUM								
Constant	-3.831	2.181	3.086	1	.079	.022		

a. Variable(s) entered on step 1: age, gender, disease1, sumdepress, socialsupportSUM.

Correlation Matrix

		Constant	age	gender	Disease NO	Sum depress	SUMsocial support
Step 1	Constant	1.000	-.870	.285	-.033	-.270	-.458
	Age	-.870	1.000	-.295	.074	.033	-.005
	gender	.285	-.295	1.000	-.142	-.068	-.215
	diseaseNO	-.033	.074	-.142	1.000	-.052	-.222
	sumdepress	-.270	.033	-.068	-.052	1.000	.327
	SUMsocialsupport	-.458	-.005	-.215	-.222	.327	1.000

CasewiseList^b

Case	Selected Status ^a	Observed	Predicted	Predicted Group	Temporary Variable	
		ภาวะเปราะบาง			Resid	ZResid
1	S	ไม่เปราะบาง	.903	เปราะบาง	-.903	-3.044

a. S = Selected, U = Unselected cases, and ** = Misclassified cases.

b. Cases with studentized residuals greater than 2.000 are listed.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิงพัฒนิตา วัฒนพนม | ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์
โรงพยาบาลกรุงเทพ |
| 2. พ.ต.อ.ปิยวิทย์ สรไชยเมธา | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรงพยาบาลตำรวจ |
| 3. ร.ต.อ.หญิง พรรณทิพา เวชรังสี | อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 4. นางอภิญญา บุญเพ็ง | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน |
| 5. นางสาวรัชดาภรณ์ หงส์ทอง | พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง ด้านผู้สูงอายุ ศูนย์
เวชศาสตร์อายุรวัฒน์ โรงพยาบาลกรุงเทพ |



ที่ ศธ 0512.11/๑3๒5

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพ

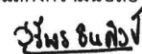
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิง พันณิดา วัฒนพนม | แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ |
| 2. นางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง | พยาบาลปฏิบัติการ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ
ศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุทธิพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่นิสิต

แพทย์หญิง พันณิดา วัฒนพนม และนางสาวรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 02-218-1153

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ โทร. 084-434-0190

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๖๒๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

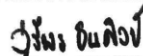
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พ.ต.อ. ปิยวิทย์ สรไชยเมธา นายแพทย์ (สบ. 5) เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

พ.ต.อ. ปิยวิทย์ สรไชยเมธา

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 02-218-1153

อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

เพื่อนิสิต

ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ โทร. 084-434-0190

ที่ ศธ 0512.11/ ๑๖๖๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

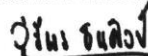
เรียน ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ร.ต.อ.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี อาจารย์ (สบ. 1) กลุ่มงานอาจารย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ชาญศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

ร.ต.อ.หญิง พรรณทิพา เวชรังษี

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 02-218-1153

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ โทร. 084-434-0190

ที่ ศธ 0512.11/ 2395

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

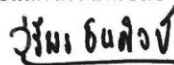
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอภิญา บุญเพ็ง พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

นางอภิญา บุญเพ็ง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 02-218-1153

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-1149

ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ โทร. 084-434-0190

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๓๓๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๙๘ กรกฎาคม 2559

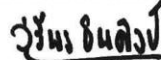
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยูในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสำรวจภาวะหง่อมเกินวัย จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ภาวะหง่อมเกินวัย : การวิเคราะห์สถานการณ์ในชุมชน ของนางนุชอนงค์ อินทนู สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (2555) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลัดดา เถียมวงศ์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต

โทร. 02-218-1153

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

โทร. 02-218-1149

ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์

โทร. 084-434-0190

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	729
วันที่	๒๐.๑๑.๕๙
เวลา	๑๑.๕๖ น.
ผู้รับ	น. 8๓๐

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า ร้อยตำรวจโทหญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ รหัสประจำตัว 5777174336
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 492/1 ซอย - ถนน พระราม 1
ตำบล/แขวง ปทุมวัน อำเภอ/เขต ปทุมวัน จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10330
โทรศัพท์ 084-434-0190

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ.....แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ.....สุภาภรณ์ สังฆมรรทรี.....
- ปีของวิทยานิพนธ์.....2549.....

ลงนาม ร.ต.ท.หญิง ปัทมาภรณ์ เกตุคำสิงห์ ผู้ยื่นคำร้อง
(.....ประกายมาศ เนตรจันทร์.....)
12 / ๑๑.๕๙ / ๒๓

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นชอบให้ใช้เครื่องมือวิจัย ๑๒/๑๑/๕๙</p> <p>..... ลงนาม (รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อนุญาต</p> <p>..... ลงนาม (รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)</p>
---	--

อนุญาต

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
...../...../.....

๑๒
15/๑๑/๕๙



AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 082/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 167.1/59 : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพัก
 คนชราของภาครัฐ
 ผู้วิจัยหลัก : ร้อยตำรวจโทหญิงประกายมาศ เนตรจันทร์
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักศนประดิษฐ์)
 ประธาน

ลงนาม.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
 กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 14 พฤศจิกายน 2559

วันหมดอายุ : 13 พฤศจิกายน 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 167.1/59
 วันที่รับรอง..... 14 พ.ย. 2559
 วันหมดอายุ..... 13 พ.ย. 2560

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยคือหยุด เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก ง
จดหมายขอความร่วมมือในการใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/ 2734

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

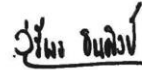
เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะเปราะบาง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ชนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต โทร. 02-218-1153
รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149
ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ โทร. 084-434-0190

ที่ ศธ 0512.11/ 3110



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของรัฐบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สามารถอ่านออกสื่อสารได้ เข้าใจภาษาหรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีอาการสมองเสื่อม สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้จำนวน 87 คน โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะเปราะบาง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร้อยตำรวจโทหญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต

โทร. 02-218-1153

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

โทร. 02-218-1149

ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์

โทร. 084-434-0190

ที่ ศธ 0512.11/0๙๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศิตพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

2๐ มกราคม 2560

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของรัฐบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สามารถอ่านออก สือสารได้ เข้าใจภาษาหรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้ จำนวน 53 คน โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินภาวะเปราะบาง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต

โทร. 02-218-1159

รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

โทร. 02-218-1149

ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์

โทร. 084-434-0190



ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ผู้ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพัก
คนชราภาครัฐ

ชื่อผู้วิจัย ร.ต.ท.หญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมตึกเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 9 ร.พ.
ตำรวจ เลขที่ 492/1 ถนน พระราม 1 แขวง ปทุมวัน เขต ปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330
(ที่บ้าน) หอพักพยาบาลศรีนครินทร์วรานุสรณ์ ร.พ. ตำรวจ ถนนพระราม
1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์ (ทำงาน) 02-2076326 (มือถือ) 084-4340190

E-mail Address: prakaymas.netchan@hotmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสภาพ
สมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบวัดการสนับสนุนทาง
สังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบาง ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-60 นาที โดยผู้วิจัยเป็น
ผู้สัมภาษณ์ตามแบบประเมินและใช้เครื่องมือวัดแรงกำมือเพื่อประเมินภาวะเปราะบางด้วยตนเอง เมื่อ
ดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะถูกทำลายภายใต้เงื่อนไขที่ระบุในเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการ
ถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัยและจะเก็บรักษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดย

นำเสนอข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานการวิจัยที่นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail:eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ ร.ต.ท.หญิง.....

(ประกายมาศ เนตรจันทร์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา ภาครัฐ
ชื่อผู้วิจัย	ร.ต.ท.หญิงประกายมาศ เนตรจันทร์ นิสิตสาขาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม ตึกเฉลิมพระเกียรติร.9 ชั้น 9 รพ. ตำรวจ เลขที่ 492/1 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม.10330 (ที่บ้าน) หอพักพยาบาลศรีนครินทร์วรานุสรณ์ รพ. ตำรวจ ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม. 10330
โทรศัพท์	(ทำงาน) 02-2076326 (มือถือ) 084-4340190 E-mail: prakaymas.netchan@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญคุณลุง/คุณป้าเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา ภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรา

3. กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีคุณสมบัติดังนี้

3.1 สามารถอ่านออกสื่อสารได้ เข้าใจภาษาหรือมีผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลได้

3.2 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับ

ภาษาไทย (MMSE-Thai2002)

3.3 สามารถเดินได้เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้

3.4 ยินดีเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออกจากกรวิจัย

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

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย มีจำนวน 150 คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีทั้งหมด 3 แห่ง คือ 1) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) จำนวน 97 คน 2) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จำนวน 36 คน 3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จำนวน 17 คน โดยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมในการวิจัย

4. คุณลุง/คุณป้าจะได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ถ้าไม่พบความผิดปกติผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินภาวะเปราะบาง ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที รวมทั้งการให้คำแนะนำป้องกันและชะลอการเกิดภาวะเปราะบาง สำหรับผู้ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะสมองเสื่อมและอยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือหรือต้องให้คำแนะนำ ผู้วิจัยจะแจ้งให้พยาบาลผู้ดูแลรับทราบเพื่อให้การดูแลที่เฉพาะต่อไปเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

5. กรณีที่คุณลุง/คุณป้าอาจได้อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเช่น หกล้มขณะทดสอบการเดิน ผู้วิจัยจะดูแลจัดสถานที่เป็นสัดส่วน เจียบสงบ โลงแจ้ง ไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการประเมินการเดิน พื้นไม่ลื่นและคอยดูแลอย่างใกล้ชิด หากเกิดภาวะดังกล่าว ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้เจ้าหน้าที่พยาบาลรับทราบและให้การดูแลรักษาทันที โดยจะรับผิดชอบดูแลค่ารักษาพยาบาล

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อให้บุคคลากรในทีมสุขภาพมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุและทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะซึมเศร้า และการ

สนับสนุนทางสังคม เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนและจัดกระทำทางการแพทย์พยาบาล เพื่อชะลอการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา

7. การเข้าร่วมในการวิจัยของคุณลุง/คุณป้าเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับในการดำเนินชีวิตในบ้านพักคนชรา

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณลุง/คุณป้าจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีของที่ระลึกมอบให้ท่านเป็นการตอบแทนที่ท่านให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

10. หากคุณลุง/คุณป้าไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail:eccu@chula.ac.th



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย**เรื่อง** ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพักคนชราของภาครัฐ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 5 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

2.3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

2.4 แบบประเมินภาวะเปราะบาง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)
 - 1.1 วันนี่วันที่เท่าไร
 - 1.2 วันนี่วันอะไร
 - 1.3 เดือนนี่เดือนอะไร
 - 1.4 ปีนี้ปีอะไร
 - 1.5 ฤดูแล้งฤดูอะไร
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)
 - 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล
 - 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและ.....ชื่อว่าอะไร
 - 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
 - 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร
 - 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
 - 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร
 - 2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ
 - 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและบ้านเลขที่เท่าไร
 - 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้านหรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร
 - 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ / เขตอะไร
 - 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
 - 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่างคุณ (ตา, ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียวไม่มีการบอกซ้ำอีกเมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบให้คุณ (ตา, ยาย,...)พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อแล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาทีที่ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือนให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิคุณ (ตา, ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้งลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา"

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...)

สะกดถอย หลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรกคำว่ามะนาวสะกดว่า

มอม่่า - สระอะ - นอหนู - สระอา - วอแหวนไหนคุณ (ตา, ยาย...)

สะกดถอยหลังให้ฟังซิ"

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

"เมื่อสักครู่นี้ห้าของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือนให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร"

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะเมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตาม

ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว"

"ใครใครขายไก่ไข่"

8. Verbal command (3 คะแนน)

"ฟังทีนะเดี๋ยวม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) รับด้วยมือขวา
 พับครึ่งกระดาษแล้ววางไว้ที่....." (พื้น, โຕ้ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณเอ - 4 ไม่มีรอยพับให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โຕ้ะ, เตียง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม
 คุณ (ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า "หลับตา" หลับตาได้

หลับตา

10. Writing (1 คะแนน)

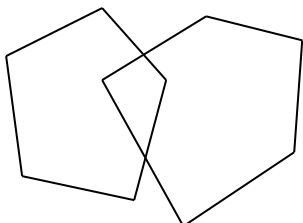
ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้คุณ (ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
 หรือมีความหมายมา 1 ประโยค"

.....
 ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง"

(ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม _____

จุดตัด (cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22	30



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ให้ตรงกับความเป็นจริงและเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

- () 1.ชาย () 2.หญิง

3. ศาสนา

- () 1. พุทธ () 2. คริสต์
() 3. อิสลาม () 4. อื่นๆ.....

4.สถานภาพ

- () 1. โสด () 2. สมรส
() 3. หย่าร้าง () 4. หม้าย/แยกทาง

5. ระดับการศึกษา

- () 1. ระดับประถมศึกษา () 2. ระดับมัธยมศึกษา
() 3. ระดับอนุปริญญา () 4. ระดับปริญญาตรี
() 5. สูงกว่าปริญญาตรี () 6. ไม่ได้เรียนหนังสือ

6. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- () 1. ไม่มี
() 2. มี จำนวน.....โรค ได้แก่ (ตอบได้หลายข้อ)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน | <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไตเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> หัวใจ | <input type="checkbox"/> ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคข้อเข่าเสื่อม |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

7. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา ปี.....เดือน.....วัน

8. เหตุผลที่สำคัญที่สุดที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา

- () 1. ไม่มีผู้ดูแล
- () 2. มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับญาติ/เพื่อนบ้าน
- () 3. ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- () 4. เเหงา/ต้องการเพื่อน
- () 5. มีปัญหาทางการเงิน
- () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

9. ท่านเคยหกล้มหรือไม่

- () 1. ไม่เคย
- () 2. เคย จำนวน.....ครั้ง

ได้รับการบาดเจ็บหรือกระดูกหักหรือไม่

- () 1. ไม่
- () 2. มี ระบุ.....

10. ท่านสุขสบายหรือไม่

- () 1. ไม่สุข
- () 2. เลิกสุขแล้ว
- () 3. ปัจจุบันยังสุขอยู่
สุข.....มวน/วัน และสุขมานาน.....ปี

11. ท่านตีมแอลกอฮอล์หรือไม่

- () 1. ไม่ตีม
- () 2. เลิกตีมแล้ว
- () 3. ปัจจุบันยังตีมอยู่
ตีม.....แก้ว/วันและตีมมานาน.....ปี

12. น้ำหนักส่วนสูงปัจจุบัน (วันที่เก็บข้อมูล)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

BMI.....กก/ม²

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

■ ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

■ ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้
2. คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ
5. คุณหวังว่าจะจะมีสิ่งที่เกิดขึ้นในวันหน้า
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีขึ้นกับคุณ
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดี
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ
24. คุณอารมณ์เสียบ่อยกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน
		รวม
		ผู้ตรวจ

หมายเหตุ

- การคิดคะแนน ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน
ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน
- การแปลผล

คะแนน 0 -12	หมายถึง	ปกติ
คะแนน 13 -15	หมายถึง	ความเศร้าเล็กน้อย
คะแนน 16 - 20	หมายถึง	ความเศร้าปานกลาง
มากกว่า 20 คะแนน	หมายถึง	ความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงน้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
1.	ความใกล้ชิดและความรัก ความผูกพัน ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้ รู้สึกปลอดภัย					
2.	เพื่อน และ บุคคลากรใน บ้านพักคนชราบอกว่าพวก เขาสนุกเมื่อทำกิจกรรม ร่วมกับท่าน					
3.	การมีส่วนร่วมในสังคม ท่านได้มีโอกาสเข้าร่วม กิจกรรมที่จัดขึ้นในบ้านพัก คนชรา เช่น งานปีใหม่ งาน รดน้ำดำหัว วันผู้สูงอายุ					
4.	ท่านใช้เวลากับผู้พักอาศัยคน อื่น ๆ ที่มีความสนใจ เหมือนกัน					
5.	การทำประโยชน์ต่อผู้อื่น เมื่อเพื่อนๆ ผู้สูงอายุในบ้านพัก คนชรามีปัญหา ท่านมักให้ ความช่วยเหลือและเป็นที่ ปรึกษา					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
6.	ท่านให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุคนอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่ในบ้านพักคนชราในการทำกิจกรรมต่าง ๆ					
7.	ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อบ้านพักคนชรา					
8.	ท่านมักได้รับเลือกให้เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ					
9.	การได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (ข่าวสาร คำแนะนำ อารมณ์ การเงิน วัตถุและสิ่งของ) มีบุคคลที่พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการ					
10.	เมื่อท่านเจ็บป่วย มีคนคอยดูแลท่าน หรือให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค หรือมีการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล					
11.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทั่วไปและความรู้ด้านการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพในบ้านพักคนชรา					

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
12.	ท่านมีบุคคลให้คำปรึกษา วางแผนในการดำเนินชีวิต ขณะที่อาศัยในบ้านพัก คนชรา					
13.	เมื่อต้องการกำลังใจ หรือมี ปัญหาทางการเงิน ท่านไม่ สามารถพึ่งพาญาติ บุคลากร หรือเพื่อนๆ ผู้สูงอายุทั้งในและ นอกร้านพักคนชราได้					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะเปราะบาง

ข้อ ที่	คำถาม	คะแนน
1	<p>น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional weight loss)</p> <p>ภายใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีน้ำหนักลดมากกว่า 4.5 กก.หรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ซึ่งน้ำหนักที่ลดต้องไม่ได้มาจากการออกกำลังกายหรือลดน้ำหนัก</p> <p>() ใช่ () ไม่ใช่</p> <p>น้ำหนักตัวปีที่แล้ว.....กิโลกรัม</p> <p>น้ำหนักตัวปัจจุบัน.....กิโลกรัม</p>	
2	<p>ภาวะหมดแรง (Exhaustion)</p> <p>2.1 ท่านรู้สึกว่าคุณปัจจุบันไม่มีแรงในการทำกิจกรรมที่เคยทำมาก่อน เช่น แต่งตัว อาบน้ำ เป็นต้น หรือไม่</p> <p>() ใช่* () ไม่ใช่</p> <p>* ถ้าใช่ทำข้อ 2.2 ต่อ</p> <p>2.2 ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกแบบนี้มาประมาณกี่วัน</p> <p>() น้อยกว่า 1 วัน</p> <p>() 1-2 วัน</p> <p>() 3-4 วัน</p> <p>() มากกว่า 5 วัน</p>	
3	<p>ภาวะอ่อนกำลัง (Weakness)</p> <p>ใช้มือข้างที่ถนัดบีบ Dynamometer เท่ากับ.....กิโลกรัม</p>	
4	<p>เดินช้าลง (low walking speed)</p> <p>ให้ผู้สูงอายุเดิน 15 ฟุต (4.5 เมตร) และจับเวลา</p> <p>ใช้เวลา.....วินาที</p> <p>ส่วนสูง.....เซนติเมตร</p>	

ข้อ ที่	คำถาม	คะแนน																																																		
5	<p>การทำกิจกรรมลดลง (Low physical activity) คำถาม: แต่ละวัน ท่านทำกิจกรรมเหล่านี้วันละกี่นาที</p> <table border="1" data-bbox="373 573 1222 1435"> <thead> <tr> <th data-bbox="373 573 735 801">กิจกรรมที่ทำ</th> <th data-bbox="735 573 858 801">ไม่ได้ทำ</th> <th data-bbox="858 573 981 801">ทำ (นาที/ วัน)</th> <th data-bbox="981 573 1098 801">ทำ (นาที/ สัปดาห์)</th> <th data-bbox="1098 573 1222 801">รวมกิโล แคลอรี ของแต่ละ กิจกรรม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="373 801 735 860">เดินขึ้นบันได</td> <td data-bbox="735 801 858 860"></td> <td data-bbox="858 801 981 860"></td> <td data-bbox="981 801 1098 860"></td> <td data-bbox="1098 801 1222 860"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 860 735 918">ทำงานบ้าน</td> <td data-bbox="735 860 858 918"></td> <td data-bbox="858 860 981 918"></td> <td data-bbox="981 860 1098 918"></td> <td data-bbox="1098 860 1222 918"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 918 735 976">ล้างจาน</td> <td data-bbox="735 918 858 976"></td> <td data-bbox="858 918 981 976"></td> <td data-bbox="981 918 1098 976"></td> <td data-bbox="1098 918 1222 976"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 976 735 1034">แต่งตัว</td> <td data-bbox="735 976 858 1034"></td> <td data-bbox="858 976 981 1034"></td> <td data-bbox="981 976 1098 1034"></td> <td data-bbox="1098 976 1222 1034"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1034 735 1093">ทำอาหาร</td> <td data-bbox="735 1034 858 1093"></td> <td data-bbox="858 1034 981 1093"></td> <td data-bbox="981 1034 1098 1093"></td> <td data-bbox="1098 1034 1222 1093"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1093 735 1151">เย็บปักถักร้อย</td> <td data-bbox="735 1093 858 1151"></td> <td data-bbox="858 1093 981 1151"></td> <td data-bbox="981 1093 1098 1151"></td> <td data-bbox="1098 1093 1222 1151"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1151 735 1209">กวาดรอบๆอาคาร</td> <td data-bbox="735 1151 858 1209"></td> <td data-bbox="858 1151 981 1209"></td> <td data-bbox="981 1151 1098 1209"></td> <td data-bbox="1098 1151 1222 1209"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="373 1209 735 1379">. . อื่นๆ ระบุ....</td> <td data-bbox="735 1209 858 1379"></td> <td data-bbox="858 1209 981 1379"></td> <td data-bbox="981 1209 1098 1379"></td> <td data-bbox="1098 1209 1222 1379"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="373 1379 1222 1435">รวมกิโลแคลอรีของกิจกรรมทั้งหมด</td><td data-bbox="1098 1379 1222 1435"></td></tr> </tbody> </table>	กิจกรรมที่ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ (นาที/ วัน)	ทำ (นาที/ สัปดาห์)	รวมกิโล แคลอรี ของแต่ละ กิจกรรม	เดินขึ้นบันได					ทำงานบ้าน					ล้างจาน					แต่งตัว					ทำอาหาร					เย็บปักถักร้อย					กวาดรอบๆอาคาร					. . อื่นๆ ระบุ....					รวมกิโลแคลอรีของกิจกรรมทั้งหมด					
กิจกรรมที่ทำ	ไม่ได้ทำ	ทำ (นาที/ วัน)	ทำ (นาที/ สัปดาห์)	รวมกิโล แคลอรี ของแต่ละ กิจกรรม																																																
เดินขึ้นบันได																																																				
ทำงานบ้าน																																																				
ล้างจาน																																																				
แต่งตัว																																																				
ทำอาหาร																																																				
เย็บปักถักร้อย																																																				
กวาดรอบๆอาคาร																																																				
. . อื่นๆ ระบุ....																																																				
รวมกิโลแคลอรีของกิจกรรมทั้งหมด																																																				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยตำรวจโทหญิง ประกายมาศ เนตรจันทร์ เกิดวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2551 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล (สบ1) โรงพยาบาลตำรวจ เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY