ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)

Prevalence and risk factor associated with frailty in elderly patient in internal medicine Out-patient department Mettapracharak hospital (Wat Raikhing): Cross-sectional study

ณัฐพล สุทธิสุนทรินทร์

Nuthapon Suthisoontarin.

กลุ่มงานอายุรศาสตร์ กลุ่มภารกิจตติยภูมิ

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์

บทคัดย่อ

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

วิธีการศึกษา:

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 106 คน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 การประเมินภาวะเปราะบางใช้แบบประเมิน FRAIL scale วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้ Binary Logistic Regression

ผลการศึกษา:

พบว่าความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 22.6 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ประวัติการนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (OR = 6.340, 95% CI = 1.887–21.308, p = 0.003) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอายุและ BMI มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบางแต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป:

ภาวะเปราะบางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การดูแลและป้องกันภาวะเปราะบางอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: Frailty, ผู้สูงอายุ, แผนกผู้ป่วยนอก

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังมีอายุยืนยาวขึ้น ทุกประเทศทั่วโลกกำลังประสบกับการเพิ่มขึ้นทั้งในจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ประชากร 1 ใน 6 คนของโลกจะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มจาก 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2020 เป็น 1.4 พันล้านคน และภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า หรือประมาณ 2.1 พันล้านคน นอกจากนี้ คาดว่าจำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าระหว่างปี ค.ศ. 2020 ถึง 2050 โดยจะมีประชากรในกลุ่มอายุนี้มากถึง 426 ล้านคน [1]

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Population Ageing) จะเริ่มต้นในประเทศที่มีรายได้สูง เช่น ญี่ปุ่น ซึ่งปัจจุบันมีประชากรสูงอายุคิดเป็น 30% ของประชากรทั้งหมด แต่ในปัจจุบัน ประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนี้ในอัตราที่รวดเร็วยิ่งกว่า คาดการณ์ว่า ภายในปี 2050 ประชากรสูงวัยกว่า 2 ใน 3 ของโลกจะอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยนำไปสู่ความท้าทายทางด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจ ประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงจะต้องเผชิญกับภาระด้านงบประมาณสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอายุ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคสมองเสื่อม และภาวะเปราะบาง (frailty) ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การหกล้ม กระดูกหัก ทุพพลภาพ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ[2]

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปีพ.ศ.2565 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งหมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด[3] ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพจากความเสื่อมถอยของร่างกายในหลายระบบ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ การเป็นโรคเรื้อรัง รวมถึงปัญหาในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes)

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes)[5] ซึ่งเป็นภาวะทางคลินิกที่มีลักษณะของการลดลงของความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียด (reduced physiological reserve) อันเกิดจากการเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบเผาผลาญ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้มภาวะทุพพลภาพ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอัตราการเข้ารักษาในห้อง ICU [6] และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น[7,8]

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลโรคทางจักษุวิทยา ในแต่ละวันมีผู้เข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก จากสถิติจำนวนผู้เข้ารับบริการ พบว่ามีผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ปีพ.ศ. 2565-2567 ร้อยละ 36, 44 และ 45 ตามลำดับ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อเป็นให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ในการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบถึงความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

ทบทวนวรรณกรรม

1. **ภาวะเปราะบาง** เป็นภาวะอ่อนแอทางคลินิก เป็นผลจากการลดลงของกำลังสำรองและการทำงานของร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น หรือ อาจมีความเกี่ยวข้องกับการมีโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น
2. **เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเปราะบาง** เกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป ได้แก่ The Frailty Phenotype จาก cardiovascular health study (CHS) frailty screening tools และ FRAIL scale

2.1 Frailty Phenotype (Fried's Criteria) พัฒนาโดย Fried et al. (2001) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Cardiovascular Health Study (CHS) ประกอบด้วยเกณฑ์ 5 ข้อ ซึ่งบ่งบอกถึงการมีพละกำลังที่ลดลง ได้แก่:

- unintentional weight loss: น้ำหนักตัวลดโดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก 4.5 กิโลกรัมเทียบกับปีก่อนหน้า
- Weakness: hand grip < 5.85 กก. ในผู้ชาย และ <3.37 ในผู้หญิง
- Exhaustion: มีอาการอ่อนเพลียอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- Slowness: ใช้เวลาเดินระยะทาง 15 ฟุต (4.57 เมตร) > 7 วินาที
- Low activity: ใช้การประเมิน Physical activity scale for the eldery

ผู้ที่มี 3 ข้อขึ้นไปจะถูกจัดว่าเป็น Frail ส่วนผู้ที่มี 1-2 ข้อจะถูกจัดว่าเป็น Pre-frail

2. **FRAIL Scale** เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Morley et al. (2012)[9,10] ซึ่งมี 5 ข้อคำถาม ได้แก่

- **F**atigue: รู้สึกเหนื่อยง่ายหรือไม่?
- **R**esistance: สามารถยืนขึ้นจากเก้าอี้โดยไม่ใช้แขนช่วยได้หรือไม่?
- **A**mbulation: สามารถเดินได้ 300-400 เมตรโดยไม่หยุดพักหรือไม่?
- **I**llness: มีโรคเรื้อรังมากกว่า 5 โรคหรือไม่? (ประกอบด้วย Hypertension, Diabetes, cancer other than minor skin cancer, Chronic lung disease , Heart attack, Congestive heart failure, Angina, Asthma, Arthritis, Stroke and Kidney disease)
- **L**oss of weight: น้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัมใน 1 ปีที่ผ่านมาโดยไม่ได้ตั้งใจหรือไม่?

หากมี 0 ข้อถือว่าไม่มีภาวะเปราะบาง (non-frail) 1-2 ข้อ จะถูกจัดว่าเป็น Pre-frail และหากมี 3 ข้อขึ้นไปจะจัดว่าเป็น Frail

3.ความชุกของภาวะเปราะบาง

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุในประเทศไทย พบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุแตกต่างกันแต่ละสถานที่ทำการศึกษาข้อมูล การใช้คำนิยามและแบบประเมินที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 10-46.6 [11,12,13] และพบความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 12.2 [14] โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุมากกว่า 70 ปี, การอาศัยอยู่คนเดียว, การสูบบุหรี่, โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือด และการมีภาวะพึ่งพิงหรือพึ่งพิงบางส่วน [15]

4.ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง

การศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนของประเทศอินเดีย พบว่าปัจจัยด้าน อายุ เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ ระดับเศรษฐานะต่ำ การมีระดับกิจวัตรประจำวันน้อย มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ[16]

จากการศึกษาแบบ systematic review โดย Wang X และคณะ พบว่า อายุ น้ำหนักตัวน้อย เพศหญิง การอาศัยเพียงลำพัง การออกกำลังกายน้อย การใช้ยาหลายชนิด ระดับการศึกษาสูง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การขาดสารอาหาร และภาวะพร่องวิตามินดี มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง และพบโรคร่วมที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางได้แก่ โรคเบาหวาน การได้ยินบกพร่อง การรู้คิดบกพร่อง(Cognitive impairment) ประวัติการหกล้ม และ ภาวะซึมเศร้า[17]

5. ผลกระทบของภาวะเปราะบางต่อสุขภาพ

การศึกษาแบบ meta-analysis โดย Vermeiren S และคณะ พบว่าภาวะเปราะบางเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิต 1.8-2.3 เท่า, การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 1.6-2.0 เท่า, การรักษาตัวในโรงพยาบาล 1.2-1.8 เท่า, การหกล้มและกระดูกหัก 1.2-2.8 เท่า[18]

อีกหนึ่งการศึกษาแบบ systematic review โดย Kojima G. และคณะ ก็พบว่าภาวะเปราะบางเพิ่มความเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้ง ADL และ IADL ทั้งนี้ยังพบว่า ภาวะก่อนเปราะบาง (Prefrail) ก็เพิ่มความเสี่ยงเช่นกันในระดับที่รุนแรงน้อยกว่า [19]

6. การป้องกันภาวะเปราะบาง

จากการศึกษาแบบ systematic review ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่าง 5,275 คน พบว่า การออกกำลังกายเป็นกลุ่มช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะเปราะบาง, การได้รับอาหารเสริม หรือ การออกกำลังร่วมกับการได้อาหารเสริม พบว่าได้ผลดี แต่การทำประชุมกลุ่ม (group meeting) และการเยี่ยมบ้านไม่มีผลในการป้องกันภาวะเปราะบาง[20]

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหมดที่เข้ารับบริการที่ห้องตรวจอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 106 คน ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษา จำนวนผู้อยู่อาศัยในบ้านเดียวกัน จำนวนขนิดของยาที่ใช้ประจำ การประกอบอาชีพ ประวัติการหกล้ม ประวัติการนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และ แบบประเมินภาวะเปราะบางโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตามเครื่องมือ FRAIL scale จากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ได้แก่

1. ความถี่ของความรู้สึกเหนื่อยเพลีย
2. การพักระหว่างการขึ้นบันได 10 ขั้น
3. ปัญหาในการเดินทางไกล 300-400 เมตร
4. โรคประจำตัวที่มากกว่า 4 โรค
5. น้ำหนักที่ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 ในช่วง 1 ปี

การแปลผล

Frail scale 0 คะแนน แปลผลว่าไม่มีภาวะเปราะบาง (no frail)

Frail scale 1-2 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะก่อนเปราะบาง (prefrail)

Frail scale 3 คะแนนขึ้นไป แปลผลว่ามีภาวะเปราะบาง (frail)

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) เพื่อใช้อธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างจาการศึกษาข้อมูลทั่วไป โดย ข้อมูลเชิงกลุ่มวิเคราะห์ด้วยจำนวนและร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณ หากมีการแจกแจงปกติจะทำการวัดค่ากลางด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD) หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จะใช้ค่ากลางเป็นค่ามัธยฐาน (median)

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางใช้สถิติ binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

จำนวนผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมด 106 คน เป็นเพศชาย 46 คน คิดเป็นร้อยละ 43.49 เพศหญิง 60 คน คิดเป็นร้อยละ 56.60 อายุเฉลี่ย 71.89±9.04 ปี โดยมีผู้มีอายุน้อยที่สุด 60 ปี และอายุมากที่สุด 97 ปี ค่าน้ำหนักตัวเฉลี่ย 63.08±13.84 กิโลกรัม ค่าส่วนสูงเฉลี่ย 160.02±8.08 เซนติเมตร โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่ 24.5±4.62 Kg/m^2

Table1. Demographic data

	Total	
	n	**%**
Male	46	43.4
Female	60	56.6
Age(Mean±sd)	71.89±9.04	
Height(Mean±sd)	160.02±8.08	
Weight(Mean±sd)	63.08±13.84	
BMI(Mean±sd)	24.5±4.62	
Education level		
Uneducated	3	2.8
Primary school	52	49.1
High school or Vocational certificate	24	22.6
Bachelor's degree	20	18.9
Master's degree	7	6.6

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถม จำนวน 52 คน คิดเป็น ร้อยละ 49.1 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 และอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว 97 คน คิดเป็นร้อยละ 91.5 ในจำนวนนี้มีสมาชิกในบ้าน 2 คนรวมตนเอง เป็นส่วนใหญ่ที่ 29 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 มีผู้สูงอายุที่ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป (polypharmacy) 78 คน คิดเป็นร้อยละ 73.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีจำนวน 77 คน

คิดเป็นร้อยละ 72.6 ส่วนผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพที่มีรายได้อยู่จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 27.4 ผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีจำนวน 75 คิดเป็นร้อยละ 70.8 และผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ73.6 ดังตารางที่ 1

Table1. Demographic data (cont.)

	Total	
	n	**%**
Family member		
1	9	8.5
2	29	27.4
3	25	23.6
4	25	23.6
5	15	14.2
6	3	2.8
No. of medication		
0-4	28	26.4
≥5	78	73.6
Working		
not working	77	72.6
working	29	27.4
Hospital Admission in past 1 year		
No	75	70.8
Yes	31	29.2
Falling in past 1 year		
No	78	73.6
Yes	28	26.4

จากการประเมินด้วย Frail scale พบความชุกของภาวะเปราะบาง(frail) ในผู้สูงอายุทั้งหมด 24 คน คิดเป็นร้อยละ 22.6 แบ่งเป็นเพศชาย 9 คนและเพศหญิง 15 คน พบภาวะก่อนเปราะบาง(prefrail) ทั้งหมด 41 คน คิดเป็นร้อยละ 39.62 แบ่งเป็นเพศชาย 19 คน เพศหญิง 22 คน และกลุ่มที่ไม่มีภาวะเปราะบาง(no frail) 41 คน ดังตารางที่ 2

		frail level			
		no frail	Prefrail	frail	Total
เพศ	male	18	19	9	46
	female	23	22	15	60
Total		41	41	24	106

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง พบว่า **"การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา"** เป็นปัจจัยเดียวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีโอกาสเกิดภาวะเปราะบางมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาถึง **6.34 เท่า** (OR = 6.340, p = 0.003)

แม้ว่า อายุ (OR = 1.068, p = 0.094) และ ดัชนีมวลกาย หรือ BMI (OR = 3.967, p = 0.097) มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ Frailty แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ, ประวัติการหกล้ม, การใช้ยาหลายชนิด, ระดับการศึกษา, สถานะการทำงาน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้

Table 3: Logistic Regression Analysis for Factors Associated with Frailty

Factors	OR (95% CI)	p-value
Gender (Male vs. Female)	0.448 (0.076 – 2.625)	0.38
Age (years)	1.068 (0.989 – 1.153)	0.094
BMI (kg/m²)	3.967 (0.768 – 20.474)	0.097
Hospital Admission in past 1 year (Yes vs. No)	**6.340 (1.887 – 21.308)**	**0.003**
History of Falls in past 1 year (Yes vs. No)	1.226 (0.344 – 4.375)	0.749
Polypharmacy (Yes vs. No)	1.106 (0.920 – 1.329)	0.3
Education Level	1.145 (0.712 – 1.843)	0.572
Working Status (Yes vs. No)	0.281 (0.028 – 2.802)	0.284
No. of Family member	1.156 (0.712 – 1.877)	0.556

สรุปผลการวิจัย

ภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุถือเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในแผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมทั่วไป โดยพบความชุกได้มากถึงร้อยละ 22.6 และกลุ่มที่มีภาวะก่อนเปราะบาง(prefrail) ร้อยละ 39.62

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจากการศึกษานี้คือ ประวัติการนอนโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าปัจจัยด้านอายุ และ ดัชนีมวลกาย(BMI) จะมีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง แต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายงานวิจัย

จากการศึกษานี้พบค่าความชุกของภาวะเปราบางในผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) ร้อยละ 22.6 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ สัณหวัช โสประทุมและคณะ[21] ซึ่งทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ค่าความชุกร้อยละ 12.2 ทั้งนี้ความแตกต่างอาจเกิดจากลักษณะของประชากรในกรุงเทพ และจังหวัดนครปฐม ในขณะที่การศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในชุมชนมีค่าสูงกว่าที่พบได้โรงพยาบาล โดยพบความชุก ร้อยละ 26.4 (ณัฐกตา บริบูรณ์และคณะ, 2560) และ ร้อยละ 33.2 (ชนัดดา อนุพัฒน์, 2563)[22] ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ยังสามารถมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกมีสภาวะสุขภาพที่ดีกว่า

ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในการศึกษานี้พบว่าสัมพันธ์กับประวัติการรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ratanasiri T. ที่พบว่าสัมพันธ์กับการมีโรคเบาหวาน, การรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี, การใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [23]

ข้อจำกัดของงานวิจัย การวัดค่าความชุกของภาวะเปราะบางในการศึกษานี้ใช้เครื่องมือแบบสอบถาม Frail scale ซึ่งทำได้ง่ายและรวดเร็ว เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก จึงอาจมีความแม่นยำน้อยกว่าการใช้แบบทดสอบภาวะเปราะบางอื่นๆ ที่ใช้เครื่องมือวัดทางคลินิกร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) เป็นโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจักษุวิทยา ในแต่ละวันมีผู้ป่วยด้านจักษุเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวเพื่อมารักษาจากหลายจังหวัดทั่วประเทศไทย การทำการศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในแผนกผู้ป่วยนอกจักษุ อาจให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันจากการศึกษานี้
- การใช้แบบประเมิน Frail scale ก่อนการประเมินด้วยแบบประเมินผู้สูงอายุ 9 ด้าน ซึ่งเป็นการประเมินที่ต้องใช้ความร่วมมือของผู้ถูกประเมินและใช้เวลาค่อนข้างมาก อาจเพิ่มประสิทธิภาพให้การคัดกรองมีความแม่นยำ และใช้ทรัพยากรได้คุ้มค่ามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Feb 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*. 2019;4(3):e159–67. doi:10.1016/S2468-2667(19)30019-2.
3. National Statistical Office of Thailand. The 2022 survey on the elderly in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2022
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-M156.

5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ : Geriatric syndromes. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: 2558.
6. López Cuenca S, Oteiza López L, Lázaro Martín N, Irazabal Jaimes MM, Ibarz Villamayor M, Artigas A, Lorente Balanza JA. Frailty in patients over 65 years of age admitted to Intensive Care Units (FRAIL-ICU). Med Intensiva (Engl Ed). 2019 Oct;43(7):395-401. doi: 10.1016/j.medin.2019.01.010. Epub 2019 Mar 22. PMID: 30905473.
7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173(5):489-495
8. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med.* 2006;166(4):418-423
9. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-397.
10. Sriwong W, Mahavisessin W, Srinonprasert V, Siriussawakul A, Aekplakorn W, Limpawattana P, et al. Validity and reliability of the Thai version of the simple frailty questionnaire (T-FRAIL) with modifications to improve its diagnostic properties in the preoperative setting. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):185. doi:10.1186/s12877-023-03884-3.
11. สุพรรณ ใจดี และคณะ. การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วารสารแพทย์นาวี 2560; 44(3): 117-135
12. ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, สุนันทา ครองยุทธ, สุดารัตน์ ประสาร, อรทัย บุญชูวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2567;6(2):1-10.
13. Morarit S, Taypa K, Boonyod W, Siviroj P. Frailty phenotype characteristics of Community-dwelling frail elderly people in a sub-district. Health Sci Tech Rev [internet]. 2018 Aug. 29 [cited 2025 Feb. 26];11(2):56-60. available from: https://li01.tci-thaijo.org/index.php/journalup/article/view/184774
14. Soprathum S, Srisuwan P, Tienthavorn T, Kengpanich S. Prevalence and risk factors associated with frailty among older patients in out-patient department Phramongkutklao Hospital: A mixed method study. J Med Armed Forces. 2022;21(1-2):1-11.

15. ทองเนื้อแปด ค, เก่งพานิช ส, ศรีสุวรรณ พ, หล้าวงษา ก. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการ ณ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วสส [อินเทอร์เน็ต]. 5 กรกฎาคม 2024 [อ้างถึง 25 กุมภาพันธ์ 2025];7(2):1-11
16. Kendhapedi KK, Devasenapathy N. Prevalence and factors associated with frailty among community-dwelling older people in rural Thanjavur district of South India: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(12):e032904. doi:10.1136/bmjopen-2019-032904
17. Wang X, Hu J, Wu D. Risk factors for frailty in older adults. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(34):e30169. doi:10.1097/MD.0000000000030169.
18. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, Habbig AK, Scafoglieri A, Jansen B, et al.; Gerontopole Brussels Study group. Frailty and the prediction of negative health outcomes: A meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(12):1163.e1-1163.e17. doi:10.1016/j.jamda.2016.09.010.
19. Kojima G. Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil.* 2017;39(19):1897-1908. doi:10.1080/09638288.2016.1212282
20. Buigues, C., et al. (2015). "Intervention on frailty: A systematic review." *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(2), 149-155.
21. Soprathum S, Srisuwan P, Tienthavorn T, Kengpanich S. Prevalence and risk factors associated with frailty among older patients in out-patient department Phramongkutklao Hospital: a mixed method study. *J Med Region 4-5.* 2022;21(1-2):1-11.
22. อนุพัฒน์ ช, วิโจน์รัตน์ ว, วัฒนกิจไกรเลิศ ด, ติรพัฒน์ ศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ. BCNNON Hlth Sci Res J [อินเทอร์เน็ต]. 30 เมษายน 2020 [อ้างถึง 28 กุมภาพันธ์ 2025];14(1):43-54. available at: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/238221
23. Ratanasiri T และ Lerttrakarnnon P. Frailty and associated factors of elderly Buddhist monks in Chiang Mai Province, Thailand..: ม.ป.ท.; 2019.