

สถานะสุขภาพผู้สูงอายุเขต 17

ลินดา สิริภูบาล

สุภาณี แก้วพินิจ

ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องสถานะสุขภาพผู้สูงอายุเขต 17 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเขต 17 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 500 คนจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และตรวจวัดทางกาย ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2552 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ การวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.6 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) ร้อยละ 57.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 33.2 และเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 9.6 จบชั้นประถมศึกษาศึกษามากที่สุด ร้อยละ 75.4 ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 49.6 สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้เอง โดยสมบูรณ์ ประเมินว่าตนเองสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 56.4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.2 สงสัยภาวะสมองเสื่อม มีภาวะทุพโภชนาการและซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 6.2, 5.4 และ 2.2 ตามลำดับ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและเฝ้าระวังติดตามสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: สถานะสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

บทนำ

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 3 ครั้งที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 การสำรวจครั้งล่าสุด พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.0 ใน พ.ศ. 2553 ซึ่งตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติได้กำหนดว่าสังคมใดมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65

ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7.0 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าสังคมนั้นเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” หรือ population aging สำหรับประเทศไทยถือเกณฑ์ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมดเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) เหตุผลสำคัญสองประการที่ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อัตราการเกิดลดลงขณะที่อัตราการเสียชีวิตโดยรวมก็ลดลงด้วย โดยระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ของประเทศอังกฤษ

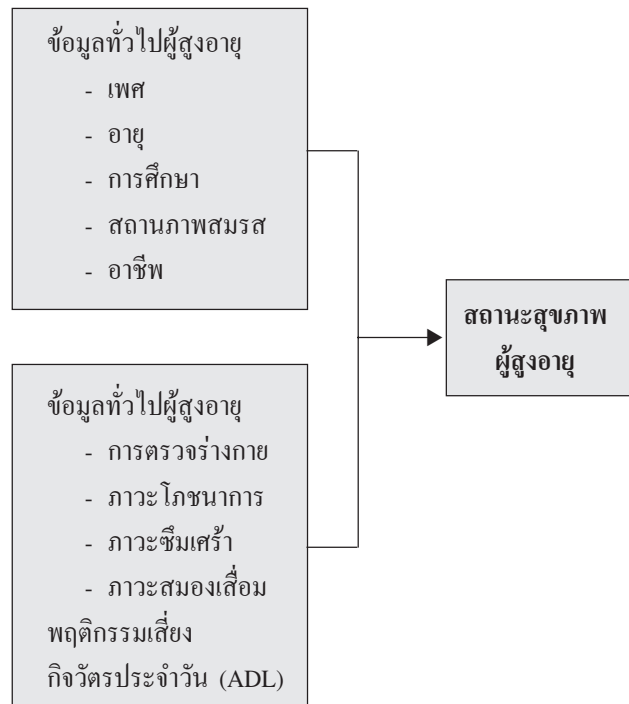
และเวลส์ ใช้เวลานานถึง 107 ปี ขณะที่ประเทศไทยใช้เวลาเพียง 30 ปีเท่านั้น⁽¹⁻³⁾ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10⁽⁴⁾ (พ.ศ. 2550 - 2554) มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ ระบบบริหาร และระบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมที่เป็นทุนทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในบริบทภายในประเทศและภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่มุ่งสู่จุดหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ และในช่วงเวลานี้ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นธรรมนูญสุขภาพทำให้เกิดการรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสุขภาพของคนไทย

อย่างไรก็ดี เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมายาวนาน มีความรู้และภูมิปัญญาที่สะสมอยู่ในตนเอง เป็นกลุ่มที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก ในฐานะหน่วยงานวิชาการของ กรมอนามัย มีพันธกิจหลักในการศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้และมีพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง จึงได้ประเมินเรื่องสถานะสุขภาพผู้สูงอายุเขต 17 เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบาย แผนงานในการดำเนินงานผู้สูงอายุของศูนย์ฯ และใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ตามกรอบแนวคิดในการวิจัยที่กำหนด (รูปที่ 1)

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สำคัญอยู่ในพื้นที่ 5 จังหวัด จำนวน 396,508 คน

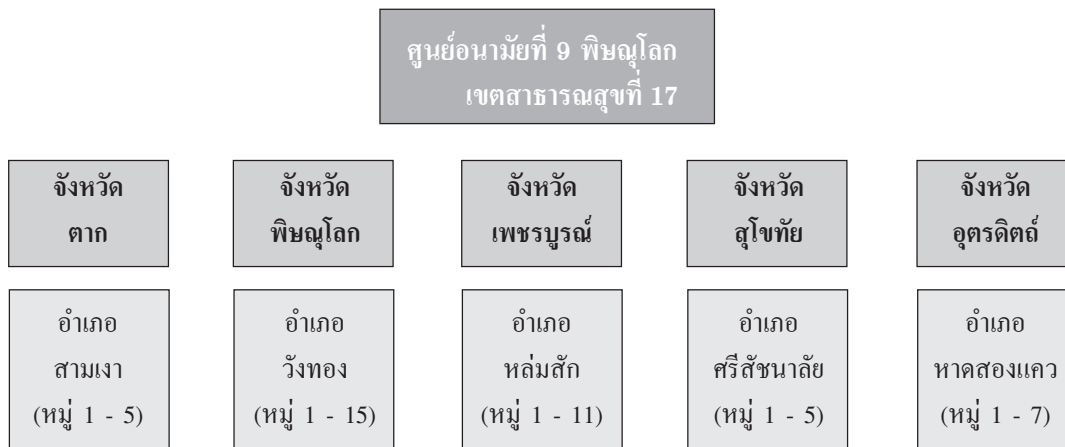
กรอบแนวคิดในการวิจัย (research conceptual framework)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางการสุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผู้วิจัยจับฉลากเลือกตัวอย่างจังหวัดละ 1 อำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล ในระดับตำบลสุ่มบุคคลจากทุกหมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างจากแต่ละหมู่บ้านอย่างอิสระต่อกัน ทั้งนี้เพื่อให้ตัวอย่างกระจายออกไปในทุกส่วนของหมู่บ้าน โดยขั้นสุดท้ายนี้นำหน่วยประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในหมู่บ้านมาเรียงลำดับตามอายุและบ้านเลขที่แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling) เนื่องจากมีพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัดและเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานภาคสนามผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจังหวัดละ 100 คน รวมทั้งสิ้น 500 คน (รูปที่ 2)

ในขั้นตอนของการสุ่มตัวอย่างจะต้องมีการกรอบตัวอย่างอันได้แก่บัญชีรายชื่อบุคคลตามที่กำหนดไว้ในประชากรเป้าหมาย การจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุเพื่อ



รูปที่ 2 พื้นที่ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้เป็นกรอบตัวอย่างนี้เป็นขั้นตอนที่ต้องใช้เวลาและต้องประสานงานขอใช้ข้อมูลจากพื้นที่ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลและสถานอนามัยและดำเนินการเฉพาะเพียงตำบลที่ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างเท่านั้น หนึ่งกรอบตัวอย่างที่จัดทำขึ้นนี้ผู้วิจัยได้มอบคืนให้กับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุได้ในระยะเวลาหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (research instrument) คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment : MNA) ของสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายาใช้สำหรับตรวจสุขภาพทางคลินิก แยกกลุ่มขาดอาหารและกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดอาหารในผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของกระทรวงสาธารณสุข 3) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) 4) แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination : MMSE-Thai 2002) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุครบถ้วนทุกมิติ โดยส่วนที่ 2 - 4 เป็นการประเมินและนำผลที่ได้มาเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้ คือ

แบบประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 2 ส่วน ทั้งหมด 18 ข้อ ข้อที่ 1 - 6 เป็นการคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการขาดอาหาร (screening) (คะแนนสูงสุด 14 คะแนน) ข้อ 7 - 18 เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ (คะแนนสูงสุด 16 คะแนน) การแปลผล (ตารางที่ 1)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม เริ่มจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม การแปลผลคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปรกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม และรวมคะแนน การแปลผล (ตารางที่ 1)

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การกินอาหาร ล้างหน้า ลูกร่าง การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นบันได การอาบน้ำ การกลั้ว การถ่ายอุจจาระและการกลั้วปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผล (ตารางที่ 1)

แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น มีทั้งหมด 11 ข้อ ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง ทั้งคำตอบที่ถูกและผิดและให้คะแนนตามที่กำหนด การแปลผล คะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment) แปล

ตารางที่ 1 เกณฑ์ / คะแนน และการแปลผลของแบบประเมิน

เกณฑ์ / คะแนน	การแปลผล
การประเมินภาวะโภชนาการ	
คะแนนการคัดกรอง (สูงสุด 14 คะแนน)	
≥ 12	ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร
≤ 11	มีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดอาหาร ประเมินต่อส่วนที่ 2
คะแนนการประเมินผล (สูงสุด 16 คะแนน)	
> 23.5	ไม่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
17 - 23.5	เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ
< 17	มีภาวะทุพโภชนาการ
คะแนนรวมภาวะซึมเศร้า	
7 - 12	ซึมเศร่าระดับน้อย
13 - 18	ซึมเศร่าระดับปานกลาง
≥ 19	ซึมเศร่าระดับรุนแรง
คะแนนรวม ADL (เต็ม 20 คะแนน)	
≥ 12	ไม่มีภาวะพึ่งพา (ผู้สูงอายุประเภทที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองและช่วยคนอื่นได้)
9 - 11	มีภาวะพึ่งพปานกลาง (ผู้สูงอายุประเภทที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองได้แต่ช่วยคนอื่นไม่ได้)
0 - 8	มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (ผู้สูงอายุประเภทที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้)

ผลคะแนนจุดตัดตามข้อที่กำหนดตามระดับการศึกษา กรณีไม่ได้เรียนหนังสือ จุดตัดน้อยกว่า 14 คะแนน เรียนระดับประถมศึกษา จุดตัดน้อยกว่า 17 คะแนนและกรณีเรียนสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัดน้อยกว่า 22 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพร้อมทีม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2552 โดยการสอบถาม/สัมภาษณ์ พร้อมกับตรวจวัดทางกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต วัดรอบเอว โดยทำหนังสือแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด และประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ทั้ง 5 ตำบลนั้นวัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งนัดหมายผู้สูงอายุตามบัญชีรายชื่อตัวอย่างล่วงหน้าเพื่อเตรียมตัว และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามที่ได้นัดหมายไว้ โดยตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุกับบัญชีรายชื่อตัวอย่าง ในกรณีที่ไม่มี

สามารถหาผู้สูงอายุตัวอย่างได้ครบตามบัญชีรายชื่อหรือผู้สูงอายุเสียชีวิต ใช้กลุ่มตัวอย่างทดแทนที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั้งหมดของตัวอย่างที่ได้และไม่ได้ตามบัญชีรายชื่อ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ทดแทนไว้ เป็นการวางรากฐานที่ดีสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องในระยะยาว ในกรณีที่ผู้สูงอายุเดินไม่ได้ หรืออยู่ในสภาพติดเตียงที่ต้องไปสัมภาษณ์ที่บ้าน มีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำทางตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมในแต่ละวันเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล หากมีข้อบกพร่องจะได้ดำเนินการแก้ไขให้เสร็จสิ้นในระหว่างที่อยู่ในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอเป็นค่าความถี่

และร้อยละ

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิจัยเป็น 6 ส่วน ได้แก่

1. ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ

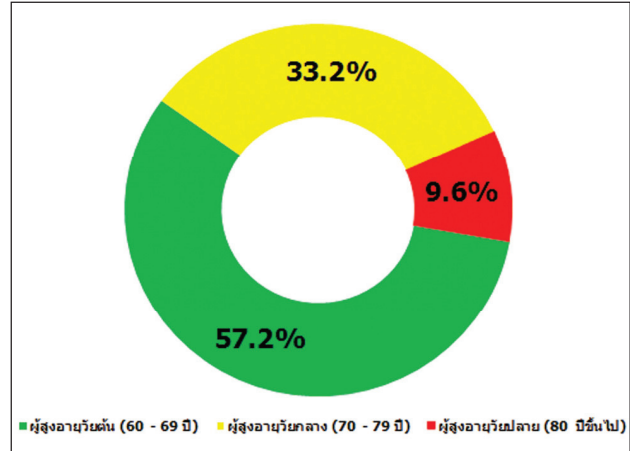
1.1 สัดส่วนประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อแบ่งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 500 คน ออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 -69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.2) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 33.2 เป็นผู้สูงอายุวัยกลางและร้อยละ 9.6 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (รูปที่ 3)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.6 โดยทั้งกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 -69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 67.1, 71.1 และ 68.8 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.4 สมรส และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 49.6 อาชีพ แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 39.8 มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 13.2 (ตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ)

2. ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน



รูปที่ 3 ช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่าง

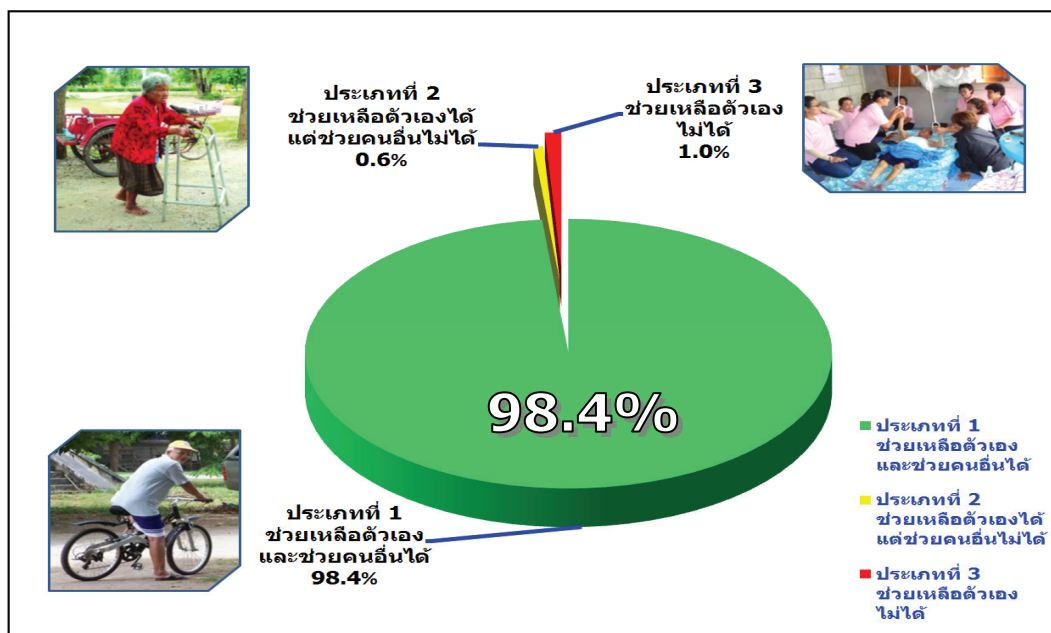
ตารางที่ 2 เพศของกลุ่มตัวอย่าง

อายุ (ปี)	เพศ		รวม
	ชาย	หญิง	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
60 - 69	94 (32.9)	192 (67.1)	286
70 - 79	48 (28.9)	118 (71.1)	166
≥ 80	15 (31.2)	33 (68.8)	48
รวม	157 (31.4)	343 (68.6)	500

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(หน่วย : ร้อยละ)

ข้อมูลทั่วไป	ชาย			หญิง			รวม
	กลุ่มอายุ (ปี)			กลุ่มอายุ (ปี)			
	60-69	70-79	≥ 80	60-69	70-79	≥80	
การศึกษา : ประถมศึกษา	71.4	81.1	80.0	74.5	83.1	54.6	75.4
สถานภาพสมรส : สมรส และอยู่ด้วยกัน	89.3	70.8	40.0	45.2	29.7	6.1	49.6
อาชีพ : แม่บ้าน/พ่อบ้าน	25.6	33.3	60.0	40.6	54.3	24.2	39.8
การอยู่อาศัย : ตามลำพัง	3.2	18.8	13.3	12.5	19.5	15.2	13.2



รูปที่ 4 ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

(Activities of Daily Living : ADL) (รูปที่ 4)

3. สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตามความคิดเห็นของตนเอง พบว่าส่วนใหญ่ประเมินว่ามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 56.4 วัดเส้นรอบเอว ส่วนใหญ่ เพศหญิงมีรอบเอวเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 54.5 และ ร้อยละ 21.6 ตามลำดับ

สายตาและการมองเห็น ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 64.0 หูและการได้ยิน ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 90.8 ฟันแท้ใช้งานได้ มีต่ำกว่า 10 ซี่ ร้อยละ 29.8 ส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.2

การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ใช้การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 48.0

พฤติกรรมเสี่ยง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 16.0 สูบบุหรี่ ร้อยละ 11.8

การหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เคยหกล้ม ร้อยละ 13.0 (ตารางที่ 4)

4. ผลการประเมินภาวะโภชนาการ

เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างที่คะแนนการคัดกรองแสดงว่าเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร (31.6%) มาประเมินภาวะโภชนาการ (assessment) ต่อ ส่วนใหญ่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 20.6 รองลงมาไม่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและมีภาวะทุพโภชนาการในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 5.6 และ 5.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

5. ผลการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (25.2%) มาประเมินด้วย 9 คำถามต่อ ส่วนใหญ่ซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 14.8 รองลงมาซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 8.2 และซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 2.2 (ตารางที่ 6)

6. ผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น

ผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ส่วนใหญ่ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 93.8 (ตารางที่ 7)

สถานะสุขภาพผู้สูงอายุเขต 17

ตารางที่ 4 สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

(หน่วย : ร้อยละ)

สถานะสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ	ชาย			หญิง			รวม
	กลุ่มอายุ (ปี)			กลุ่มอายุ (ปี)			
	60-69	70-79	≥80	60-69	70-79	≥80	
ภาวะสุขภาพตาม ความคิดเห็น: ปานกลาง เส้นรอบเอว	58.5	62.5	66.6	52.6	57.7	54.5	56.4
ชาย							
ปกติ	75.4	83.2	80.0	-	-	-	78.4
เกินมาตรฐาน	24.6	16.8	20.0	-	-	-	21.6
หญิง							
ปกติ	-	-	-	43.9	47.8	57.6	45.5
เกินมาตรฐาน	-	-	-	56.1	52.2	42.4	54.5
สายตา, การมองเห็น : ปกติ	64.9	58.3	60.0	72.9	55.1	56.5	64.0
หูและการได้ยิน : ปกติ	90.4	83.3	80.0	94.8	89.0	90.9	90.8
ฟันแท้ใช้งานได้							
น้อยกว่า 20 ซี่	53.2	76.9	80.0	55.2	75.6	97.0	65.2
โรคเรื้อรัง : HT	36.2	50.0	66.6	41.6	55.9	36.4	45.2
ออกกำลังกาย : ยึดเหยียด	44.7	54.2	13.3	51.0	53.4	27.3	48.0
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	29.8	20.8	13.3	17.7	2.5	9.0	16.0
การสูบบุหรี่	21.3	27.1	6.6	6.8	8.5	6.1	11.8
การหกล้ม	7.4	14.6	0	14.1	16.9	12.2	13.0

ตารางที่ 5 ผลการประเมินภาวะโภชนาการ จำแนกตามเพศและอายุ

(หน่วย : ร้อยละ)

ผลการประเมิน ภาวะโภชนาการ	ชาย			หญิง			รวม
	กลุ่มอายุ (ปี)			กลุ่มอายุ (ปี)			
	60-69	70-79	≥80	60-69	70-79	≥80	
ไม่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	4.3	10.4	6.7	4.7	3.3	9.1	5.6
เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ	15.8	18.8	26.6	18.3	28.3	48.5	20.6
มีภาวะ ทุพโภชนาการ	6.5	2.1	0	2.5	4.0	9.1	5.4
รวม	26.6	31.3	33.3	25.5	35.6	66.7	31.6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินโรคซึมเศร้าจำแนกตามเพศและอายุ

(หน่วย : ร้อยละ)

ผลการประเมิน ระดับการซึมเศร้า	ชาย			หญิง			รวม
	กลุ่มอายุ (ปี)			กลุ่มอายุ (ปี)			
	60-69	70-79	≥80	60-69	70-79	≥80	
น้อย	8.5	2.1	6.7	9.9	6.8	12.1	8.2
ปานกลาง	14.9	14.6	26.7	12.5	16.9	15.2	14.8
รุนแรง	1.1	0	0	2.1	1.7	12.1	2.2
รวม	24.5	16.7	33.4	24.5	25.4	39.4	25.2

ตารางที่ 7 ผลการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE- Thai 2002) จำแนกตามเพศและอายุ

(หน่วย : ร้อยละ)

ผลการทดสอบ สภาพสมองเบื้องต้น	ชาย			หญิง			รวม
	กลุ่มอายุ (ปี)			กลุ่มอายุ (ปี)			
	60-69	70-79	≥80	60-69	70-79	≥80	
ไม่สงสัยภาวะสมองเสื่อม	97.9	100.0	73.3	99.0	89.8	66.7	93.8
สงสัยภาวะสมองเสื่อม	2.1	0	26.7	1.0	10.2	33.3	6.2
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

วิจารณ์

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การได้ทราบถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้วางแผนการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องเพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์และตรวจวัดทางกายของผู้สูงอายุทั้ง 5 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุขภาพเชิงรุก มีความพึงพอใจ และตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งมีจำนวนมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2549⁽⁵⁾ สอดคล้องกับ A Profile of Older Japanese 2009 ของ

International Longevity Center⁽⁶⁾ และ Health of the Elderly in South-East Asia: A Profile ของ WHO⁽⁷⁾ (ประเทศพม่า) และในประเด็นสถานภาพสมรส สมรสและอยู่ด้วยกัน (ประเทศศรีลังกา) พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุช่วงวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) ซึ่งเป็นกลุ่มที่บอบบาง ไม่มีแรงหรือห่อหม มีร้อยละ 9.6 นับว่าเป็นภาวะที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์นี้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ นอกจากนั้นยังพบว่ารายได้หลักจากบุตรลดลง อาจเนื่องจากอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (potential support ratio) ลดลงอย่างต่อเนื่อง (ปี 2550 ลดลงมาเหลือ 6.3%) สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁸⁾ และการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการ

ตรวจร่างกายครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547) ของ เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขามและพรพันธุ์ บุญรัตน์⁽⁹⁾ เป็นที่น่าสังเกตว่าแหล่งรายได้จากการได้รับเบี้ยยังชีพมีจำนวนเพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นนโยบายของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ จัดสรรเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังสูงขึ้น หากเทียบกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (7.7%) เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง สอดคล้องกับการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2549 สอดคล้องกับ Health of the Elderly in South-East Asia: A Profile ของ WHO⁽⁷⁾ (ประเทศศรีลังกา) แต่สูงกว่าการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁸⁾ มีพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 16.0 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติและการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พ.ศ. 2549⁽⁵⁾ (ข้อมูลจากศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) วันที่ 17 พฤศจิกายน 2552 นำเสนอสถิติที่น่าสนใจว่าคนไทยดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับ 1 ในภาคพื้นเอเชียและมากเป็นอันดับ 5 ของโลก นอกจากนั้น ข้อมูลล่าสุดยังระบุว่า มีคนไทยบริโภคแอลกอฮอล์ถึง 15 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ส่วน 4 ของประชากรทั้งหมด)⁽¹⁰⁾ และจากการที่ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากเกือบครึ่งหนึ่ง นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสมองเสื่อม⁽²⁾ เหล่านี้ล้วนต้องการการดูแลและบริการด้านสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี และเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนของผู้ที่เหลื่อฟันแต่น้อยกว่า 20 ซึ่ง สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น สัดส่วน

ของผู้สูงอายุหญิงที่เหลื่อฟันแต่น้อยกว่า 20 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (97.0% และ 80.0%) การที่ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซึ่ง ทำให้กินอาหารได้ไม่ดี มีปัญหาในการบดเคี้ยว⁽¹¹⁾ ซึ่งมีผลต่อการขาดสารอาหาร โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) พบว่าเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 19 มากที่สุดร้อยละ 33.3 จากผลการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (screening) พบว่าเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 19 มากที่สุด ร้อยละ 33.3 นอกจากนั้นยังเสี่ยงต่อการขาดอาหารมากที่สุด ร้อยละ 66.7 และมีภาวะทุพโภชนาการมากที่สุดอีกด้วย (9.1%)

จากการวิจัยครั้งนี้ได้ต่อยอดพัฒนาเป็นตัวชี้วัด และใช้เฝ้าระวังสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพิจารณา นำร่องในบางอำเภอของจังหวัดในเขตรับผิดชอบก่อน หากได้ผลดีจะดำเนินการทั้งเขตในลำดับต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ในความกรุณาของ ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มหาวิทยาลัยนเรศวร รวมทั้ง นายแพทย์วีระชัย สิทธิปิยะสกุล คุณบุญสนอง ภิญโญ ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก และนายแพทย์มณู วาทิสุนทร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, มันทนา พนา นีรามัย. ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2544.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย ในระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2552.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2544.

5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
6. International Longevity Center (Japan). A profile of older Japanese. Tokyo: International Longevity Center; 2009.
7. World Health Organization. Health of the elderly in South-East Asia: a profile. New Delhi : World Health Organization; 2004.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550.
9. เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
10. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). สถิติดื่มแอลกอฮอล์ [online] [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2552]; แหล่งข้อมูล URL:<http://chaopraynaewx.com/blog/kulwit>
11. ประทีป พันธุ์วนิช. คณะทันตแพทย์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร; 2549. [online] [สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2552]; แหล่งข้อมูล URL:<http://board.narai.com>

Abstract Health Status of Elderly in Region 17**Linda Siripuban, Supanee Kaewpinit**

Health Region 9 Phitsanulok Center, Department of Health

Journal of Health Science 2010; 19:747-56.

The objective of this descriptive research was to study health status of 500 samples of the elderly in region 17 chosen through a multi-stage sampling. Data collection was conducted using questionnaires, interview and physical examination between July and August 2009. Data was analyzed by employing descriptive statistics: percentage and frequency.

It was found that 68.6 percent of the sample group was female, early old age (60 - 69 years) 57.2 percent, medium-old (70 - 79 years) 33.2 percent and advanced age (80 and over) 9.6 percent. Most of them were graduated from primary school, married (49.6%); full ADL, self-assessment showed their health status at a moderate level (56.4%), hypertension (45.2%), cognitive impairment (6.2%), malnutrition (5.4%), and severe depression (2.2%). The findings suggested that health surveillance among elderly should be systematically conducted, so as to improve their quality of life.

Key words: health status, elderly