

ปัญหาสุขภาพและการวิเคราะห์ผลการตรวจเลือดผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราธรรมปักษ์จังหวัดเชียงใหม่,
พ.ศ. 2547

(Health Status and Blood data analysis of the Elderly Living in Thammapakorn
Residential home in Chiang Mai, 2004)

เกษม อุตวิชัย พ.บ. *

Masakazu Takahashi M.D.**

Kazuto Hirai M.D.***

บุญส่ง เกษมพิทักษ์พงศ์ พ.บ.*

พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์ พ.บ.*

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ พ.บ.*

ชวินทร์ เลิศศรีมงคล พ.บ.*

อนุชาติ มานะสารวุฒิ พ.บ.*

บริบูรณ์ เชนชนากิจ พ.บ.*

พัฒน์วิ อุตวิชัย พ.บ.*

กิตติกา กาญจนรัตน์กร วท.ม.***

*ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**Social Welfare Corporation Koujikai, Saitama, Japan

***Nippon Professional School of Medical Technology, Japan

**** งานวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Kaseum Uttawichai M.D.*

Masakazu Takahashi M.D.**

Kazuto Hirai M.D.***

Boonsong Kasempitakpong M.D.*

Perasak Lertakanon M.D.*

Nipon Sermpanich M.D.*

Chawin Lertsrimongkol M.D.*

Anuchart Matanasararoot M.D.*

Boriboon ChenthanaKij M.D.*

Pattanawadee Uttawichai M.D.*

Kittika Kanjanaratanakorn M.sc.***

*Department of Family Medicine

Faculty of Medicine Chiang Mai University

****Research and Foreign Affairs,

Faculty of Medicine Chiang Mai University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราธรรมปักษ์ เชียงใหม่ โดยความร่วมมือกับคณะผู้วิจัยจาก Nippon Medical School ประเทศญี่ปุ่น โดยการสำรวจสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 92 คน จำแนกเป็นเพศชาย 43 คน เพศหญิง 49 คน พบว่าปัญหาที่พบบ่อย 10 ปัญหาแรกคือ ความผิดปกติของการมองเห็น 90.2% ภาวะซีด 68.5% โรคกระดูกและข้อ 48.9% ความดันโลหิตสูง 42.4% ต้อกระจก 32.6% ภาวะหูตึง 26.1% เบาหวาน 23.9% ฟันผุ 19.6% โรคทางเดินอาหาร 9.8% และโรคหัวใจและหลอดเลือด 8.7% พบความชุกของภาวะอ้วน ความเสื่อมของการรับรู้และภาวะซึมเศร้า 8.7, 55.4 และ 23.9% ตามลำดับ ความชุกของ hypercholesterolemia, hyperbeta-lipoproteinemia และ hypertriglyceridemia เท่ากับ 39.1, 15.2 และ 23.9% ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ย (mean) ของระดับ hemoglobin, FBS, total protein, AST, ALT, LDH, BUN, creatinine, uric acid และ amylase เท่ากับ 11.91 ± 1.60 , 111.22 ± 41.29 , 7.7 ± 0.76 , 26.11 ± 14.93 , 12.58 ± 10.15 , 259.71 ± 91.56 , 222.37 ± 96.19 , 19.45 ± 19.82 , 1.05 ± 0.47 , 6.58 ± 2.06 และ 156.38 ± 67.41 ตามลำดับ จากการศึกษาพบปัญหาสุขภาพสำคัญในผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ คือ ความผิดปกติของการมองเห็น ภาวะซีด ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคกระดูกและข้อ ความเสื่อมของการรับรู้ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้ทำให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพและการสืบค้นการแก้ปัญหาเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง ภาวะหูตึง ความเสื่อมของการรับรู้

Abstract

The objective of this research was to study the health of the elderly living in thammapakorn Residential Home in Chiang Mai which was done in association with the Nippon Medical School team from Japan. There was 92 volunteers, 43 males and 49 females aged over sixty years. The study revealed that the ten most prevalent problems of this group of elderly were visual acuity abnormality 90.2%, anemia 68.5%, bone and joint disease 48.9%, hypertension 42.4%, cataracts 32.6%, presbycusis 26.1%, diabetes mellitus 23.9%, dental caries 19.6%, digestive system disease 9.8%, and cardiovascular disease 8.7%, The prevalence of obesity, cognitive impairment and depression were 8.7, 55.4 and 23.9% respectively. The prevalence of hypercholesterolemia, hyperbetalipoproteinemia and hypertriglyceridemia were 39.1, 15.2 and 23.9 respectively. The mean hemoglobin, FBS, total protein, AST, ALT, ALP, LDH, BUN, creatinine, uric acid and amylase were 11.91 ± 1.60 , 111.22 ± 41.29 , 7.7 ± 0.76 , 26.11 ± 14.93 , 12.58 ± 10.15 , 259.71 ± 91.56 , 222.37 ± 96.19 , 19.45 ± 19.82 , 1.05 ± 0.47 , 6.58 ± 2.06 and 156.38 ± 67.41 respectively. The study concluded that there was a high prevalence of visual acuity abnormality, anemia, hyperlipidemia, bone and joint disease and hypertension in this group of elderly. It was also observed that cognitive impairment and depression was abnormally high. Recommendation of health care and further investigation should be carried out for the health of this group of elderly.

Keywords: Anemia, hypertension, presbycusis, cognitive impairment

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในแถบภูมิภาคที่จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นจำนวนมาก¹ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเจริญพันธุ์ที่ลดลง ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้อัตราตายของ

ประชากรลดลงอย่างรวดเร็ว ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 71.24 ปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 72.83 ปี ในปี พ.ศ.2551² จำนวนประชากรอายุ 60 ปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ.2503 เป็น 4.02 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533³ จากสถิติดังกล่าวจึงมีการคาดประมาณของกอง

วางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติว่า ในปี พ.ศ.2543 และ 2553 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 5.7 (ร้อยละ 9.19) และ 7.6 ล้านคน (ร้อยละ 11.36) ตามลำดับ⁴ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการสูญเสียบทบาทและสถานะทางสังคม มีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะโรคปวดหลัง ไชข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจก ต้อเนื้อ จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุบางคนขาดที่พึ่งพิง พึ่งพา ไม่มีลูกหลานหรือญาติดูแล บางคนถูกทอดทิ้งจำเป็นต้องมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

จุดประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพและการวิเคราะห์ผลเลือดเพื่อดูภาวะชื่อน้ำตาลในเลือด การทำงานของไต ตับ ระดับไขมัน ระดับยूरักของ ผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักธรรมชาติซึ่งดำเนินงานโดยกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานซึ่งตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อนำไปวางแผนป้องกันรักษา หาแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีขึ้น และเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานทางสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไปศึกษาเพื่อเตรียมหาแนวทางป้องกันแก้ไขต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยจากภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะผู้วิจัยจาก Nippon Medical School ประเทศญี่ปุ่น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้ สือสารกับผู้วิจัยได้ อาศัยอยู่ในบ้านพักธรรมชาติ

เชียงใหม่ จำนวน 92 คน จำแนกเป็นเพศชาย 43 คน เพศหญิง 49 คน ทำการตรวจสุขภาพและเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20-25 สิงหาคม 2547 ในการตรวจสุขภาพได้แจ้งให้ผู้สูงอายุงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน ผู้วิจัยได้จัดทีมวิจัยไปตรวจสุขภาพวันรุ่งขึ้นเพื่อเช็คเลือดตรวจหาค่า CBC, FBS, BUN, creatinine, LFT(liver function test), lipid profile, uric acid และ serum amylase โดยได้นำเลือดไปวิเคราะห์ผลในห้องปฏิบัติการที่ประเทศญี่ปุ่นที่ได้รับการรับรองและมีความเชื่อถือ การตรวจวัดความดันโลหิตทำโดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกวัดความดันมาแล้วจากแพทย์ และใช้เครื่องวัดความดันที่กำหนดชนิดเครื่องแบบตั้งโต๊ะ การวัดจะวัด 2 ครั้ง แล้วหาค่าเฉลี่ยห่างกัน 5 นาทีในท่านั่ง โดยใช้เวลาระหว่างการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัด visual acuity โดยใช้ Snellen chart การประเมิน cognitive function ใช้ Chula Mental Test (CMT)⁶ และการประเมินภาวะการซึมเศร้าใช้ Geriatric Depression Scale (G.D.S)⁷

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา(descriptive statistic) คำนวณข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่ากึ่งกลางข้อมูล เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราธรรมชาติพบว่า เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (young elderly) อายุ 60-69 ปี รวม 22 คน เป็นผู้ชาย 11 คน (11.96%) ผู้หญิง 11 คน (11.96%) ผู้สูงอายุวัยกลาง (old elderly) อายุ 70-79 ปี จำนวน 47 คน เป็นผู้ชาย 20 คน (21.74%) ผู้หญิง 27 คน (29.35%) ผู้สูงอายุวัยปลาย (the very elderly) อายุมากกว่า 80 ปี จำนวน 23 คน เป็นผู้ชาย

12 คน (13.04%) และผู้หญิง 11 คน (11.96%) รวมทั้งหมด
92 คน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	ชาย	หญิง	รวม
60-69	11(11.96%)	11(11.96%)	22(23.91%)
70-79	20(21.74%)	27(29.35%)	47(51.09%)
> 80	12(13.04%)	11(11.96%)	23(25%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่ม
อายุ (ต่อ)

อายุ	ชาย	หญิง	รวม
> 80	12(13.04%)	11(11.96%)	23(25%)
รวม	43(46.74%)	49(53.26%)	92(100%)

สถานะภาพการแต่งงานของผู้สูงอายุพบไม่
แต่งงาน 26 คน (28.26%) แต่งงาน 9 คน (9.78%) แยก 1
คน (1.09%) หย่า 15 คน (16.30%) ม่าย 46 คน (50%)
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานะภาพการแต่งงานของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจ

อายุ	เพศ	ไม่แต่งงาน				
		ไม่แต่งงาน	แต่งงาน	แยก	หย่า	ม่าย
60-69	ชาย	5 (5.43%)	5 (5.43%)	0	2 (2.17%)	4 (4.35%)
	หญิง	6 (6.52%)				5 (5.43%)
70-79	ชาย	5 (5.43%)		1 (1.09%)	11 (11.96%)	4 (4.35%)
	หญิง	5 (5.43%)	3 (3.26%)			18 (19.57%)
> 80	ชาย	4 (4.35%)	1 (1.09%)	0	1 (1.09%)	6 (6.52%)
	หญิง	1 (1.09%)			1 (1.09%)	9 (9.78%)
รวม		26 (28.26%)	9 (9.78%)	1 (1.09%)	15 (16.30%)	46 (50%)

การศึกษาของผู้สูงอายุพบว่าไม่ได้เรียนหนังสือ 26
คน (28.26%) เรียนระดับประถมศึกษา 52คน (56.52)
มัธยมต้น 5 คน (5.43%) มัธยมปลาย 7 คน (7.61%) ระดับ
อาชีวะ 2 คน (2.17%) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจ

อายุ	เพศ	การศึกษา					
		ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	มัธยมต้น	มัธยมปลาย	อาชีวะ	มหาวิทยาลัย
60-69	ชาย	2 (2.17%)	5 (5.43%)	1 (1.09%)	1 (1.09%)	2 (2.17%)	
	หญิง	4 (4.35%)	6 (6.52%)	1 (1.09%)			
70-79	ชาย	8 (8.70%)	8 (8.70%)	2 (2.17%)	2 (2.17%)		
	หญิง	5 (5.43%)	19 (20.65%)	1 (1.09%)	2 (2.17%)		
> 80	ชาย	2 (2.17%)	8 (8.70%)		2 (2.17%)		
	หญิง	5 (5.43%)	6 (6.52%)				
รวม		26 (28.26%)	52 (56.52%)	5 (5.43%)	7 (7.61%)	2 (2.17%)	

เหตุผลของการพักอาศัยบ้านธรรมปกรณพบว่า คู่ครองหรือลูกหลาน 10 คน (10.87%) ลูกหลานละทิ้ง 23 คู่ครองเสียชีวิต 16 คน (17.39%) อยู่คนเดียว 10 คน (10.87%) ไม่มีญาติ 33 คน (35.87%) มีความขัดแย้งกับ

ตารางที่ 4 เหตุผลของการอาศัยบ้านพักธรรมปกรณ

อายุ	เพศ	เหตุผลของการมาอาศัยบ้านพักธรรมปกรณ				
		คู่ครองเสียชีวิต	อยู่คนเดียว	ไม่มีญาติ	มีความขัดแย้งคู่ครองหรือลูกหลาน	ลูกหลานละทิ้ง
60-69	ชาย		2 (2.17%)	4 (4.35%)		5 (5.43%)
	หญิง	3 (3.26%)	2 (2.17%)	1 (1.09%)	1 (1.09%)	4 (4.35%)
70-79	ชาย		2 (2.17%)	9 (9.78%)	2 (2.17%)	7 (7.61%)
	หญิง	7 (7.61%)	2 (2.17%)	8 (8.70%)	4 (4.35%)	6 (6.52%)
> 80	ชาย	2 (2.17%)	2 (2.17%)	7 (7.61%)	1 (1.09%)	
	หญิง	4 (4.35%)		4 (4.35%)	2 (2.17%)	1 (1.09%)
รวม		16 (17.39%)	10 (10.87%)	33 (35.87%)	10 (10.87%)	23 (25%)

ปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณคือ ปัญหาการได้ยิน (hearing) 18.43% หูเสื่อมในด้านการรับฟัง (presbycusis) พบ 26.1% เป็นผู้ชาย 16.31% ผู้หญิง 9.78% เบาหวาน พบจำนวน 23.9% เป็นผู้ชาย 15.22% ผู้หญิง 8.70% ฟันผุ พบจำนวน 19.6% เป็นผู้ชาย 9.78% ผู้หญิง 9.78% โรคระบบทางเดินอาหาร พบจำนวน 9.8% เป็นผู้ชาย 5.43% ผู้หญิง 4.35% โรคหัวใจและหลอดเลือดพบจำนวน 8.7% เป็นผู้ชาย 3.26% และเป็นผู้หญิง 5.43% ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ 10 อันดับแรก

กลุ่มปัญหา	จำนวนเปอร์เซ็นต์							
	60 - 69 ปี		70 - 79 ปี		มากกว่า 80 ปี		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
Visual Acuity	9.78	11.96	20.65	25.0	11.96	10.87	42.39	47.83
Anemia	6.52	5.43	13.04	22.83	13.04	7.61	32.61	35.87
Bone and joint disease	9.78	5.43	9.78	13.04	5.43	5.43	24.99	23.91
Hypertension	3.26	9.78	6.52	15.22	2.17	5.43	11.96	30.43
Cataract	4.35	2.17	7.61	10.87	2.17	5.43	14.13	18.43
Presbycusis	3.26	2.17	8.70	4.35	4.35	3.26	16.31	9.78
diabetes mellitus	3.26	3.26	6.52	4.35	5.43	1.09	15.22	8.70
dental caries	2.17	1.09	4.35	6.52	3.26	2.17	9.78	9.78

ตารางที่ 5 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ 10 อันดับแรก (ต่อ)

กลุ่มปัญหา	จำนวนเปอร์เซ็นต์							
	60 - 69 ปี		70 - 79 ปี		มากกว่า 80 ปี		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
digestive system	1.09	-	3.26	3.26	1.09	1.09	5.43	4.35
cardiovascular disease	1.09	1.09	2.17	3.26	-	1.09	3.26	5.43

ความชุกของภาวะอ้วน(obesity) ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือ 8% เป็นผู้ชาย 1.09% และเป็นผู้หญิง 7.61% ความบกพร่องของการรับรู้(cognitive impairment) พบ 55.4% เป็นผู้ชาย 25% ผู้หญิง 30.43% ภาวะซึมเศร้า (depression) พบ 23.9% เป็นผู้ชาย 10.87% ผู้หญิง 13.04% ไ้มนันใน ผู้หญิง 13.04% ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความชุก (prevalence)ของ obesity; cognitive impairment, depression, ความผิดปกติของไขมันผู้สูงอายุ

Prevalence of diseases	จำนวนเปอร์เซ็นต์							
	60 - 69 ปี		70 - 79 ปี		มากกว่า 80 ปี		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
Obesity		1.09	1.09	5.43		1.09	1.09	7.61
Cognitive impairment	4.25		13.0	15.22	7.61	6.52	25	30.43
Depression	3.26	4.35	4.35	4.35	3.26	4.35	10.87	13.04
Hypercholesterolemia	5.43	5.43	5.43	16.30	4.35	2.17	15.22	23.91
Hyper beta- lipoproteinemia	2.17	1.09	3.26	7.61		1.09	5.43	9.78
hypertriglyceridemia	3.26		6.52	9.78	1.09	3.26	10.87	13.04

ค่าเฉลี่ย(mean) ระดับ Hb ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เท่ากับ 11.91 ± 1.06 mg% FSB(Fasting blood sugar) เท่ากับ 111.22 ± 41.29 mg%, total protein เท่ากับ 7.7 ± 0.76 mg%, AST(Aspartate Amino Transferase) เท่ากับ 26.11 ± 14.93 mg%, ALT(Alanine Amino Transferase) เท่ากับ 12.58 ± 10.15 mg%, LDH(Lactic acid dehydrogenase) เท่ากับ 222.37 ± 96.19 mg%, BUN เท่ากับ 19.45 ± 19.82 mg%, creatinine เท่ากับ 1.05 ± 0.47 mg%, uric acid เท่ากับ 6.58 ± 2.06 mg%, amylase เท่ากับ 156.38 ± 67.41 mg% ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย Hb, FBS, total protein, AST, ALT, ALP, LDH, BUN, Creatinine, uric acid, และ amylase ผู้สูงอายุที่ตรวจ

ค่าเฉลี่ย (mean)	จำนวน mg%
Hb	11.91 ± 1.60 gm%
FBS	111.22 ± 41.29
total protein	7.7 ± 0.76
AST	26.11 ± 14.93
ALT	12.58 ± 10.15
ALP	259.71 ± 91.56
LDH	222.37 ± 96.19
BUN	19.45 ± 19.82

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย Hb, FBS, total protein, AST, ALT, ALP, LDH, BUN, Creatinine, uric acid, และ amylase ผู้สูงอายุที่ตรวจ (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย (mean)	จำนวน mg%
Creatinine	1.05 ± 0.47
uric acid	6.58 ± 2.06
amylase	156.38 ± 67.41

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มาพักในบ้านพักคนชราธรรมปกรณในกลุ่มอายุ 70-79 ปี (old elderly) และกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี (oldest old) มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60-69 ปี (young elderly) เป็นเพราะยังอายุมากต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น สถานะภาพการแต่งงานของผู้สูงอายุที่พักอาศัยบ้านพักคนชราแห่งนี้ส่วนมากจะเป็นม่าย ไม่แต่งงาน และหย่าร้าง โดยพบจำนวน 50, 28.26 และ 16.30% ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับแต่งงาน ซึ่งพบเพียง 9.78 % ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่เป็นม่าย ไม่แต่งงาน หรือหย่าร้างขาดคนดูแล จึงพอใจที่จะมาอยู่บ้านพักคนชรา ในด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือเรียนเพียงระดับประถมศึกษา โดยพบ 28.26 และ 56.52 % ตามลำดับ เหตุผลของการเข้ามาอาศัยในบ้านพักคนชรา มีเหตุผลสำคัญคือ ไม่มีญาติลูกหลานละทิ้ง และคุ้มครองเสียชีวิต โดยพบ 35.87, 25 และ 17.39 % ตามลำดับ

ปัญหาที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยอันดับแรกคือ ความผิดปกติของการมองเห็น (visual acuity) โดยใช้ Snellen chart ความผิดปกติในที่นี้หมายถึงความสามารถในการอ่านอักษรที่ผิดจากค่า normal visual acuity คือ 6/6 พบถึง 90.2 % เป็นผู้สูงอายุชาย 42.39% และหญิง 47.83 % เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักมีปัญหาตาต้อกระจก รองลงมาคือภาวะโลหิตจาง

(anemia) ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดค่ามาตรฐานที่แบ่งถึงภาวะโลหิตจางในผู้ชายน้อยกว่า 13 gm/dl และในผู้หญิงน้อยกว่า 12 gm/dl⁹ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุมีปัญหา 68.5 % เป็นผู้สูงอายุชาย 32.61 % และหญิง 35.87 % ซึ่งพบความชุกใกล้เคียงกับเกษมและคณะ ซึ่งพบปัญหาภาวะโลหิตจาง ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่¹⁰ โรคกระดูกและข้อพบความชุก 48.9 % เป็นผู้สูงอายุชาย 24.99% และหญิง 23.91% ซึ่งพบสูงกว่าการสำรวจประชากรผู้สูงอายุแถบชุมชนเมืองในกรุงเทพฯ ซึ่งพบปัญหาโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) ประมาณ 13 %¹¹ และสูงกว่าที่เกษมและคณะ ซึ่งพบปัญหาโรคกระดูกและข้อในผู้สูงอายุเชียงใหม่ 23.4 %¹⁰ ความดันโลหิตสูงในที่นี้หมายถึงผู้ที่มีระดับความดันสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท และ/หรือมีประวัติกำลังรักษาความดันโลหิตสูง หรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของความดันโลหิตสูง 42.4% ซึ่งพบใกล้เคียงกับการศึกษาของเกษมและคณะ¹⁰ และ Viriyavejakul A และคณะ¹³ และพบในหญิง 30.43% และผู้ชายเพียง 11.96 % ต้อกระจก(cataract) พบความชุก 32.6% เป็นผู้สูงอายุชาย 14.13% และผู้สูงอายุหญิง 18.43 % ซึ่งพบสูงกว่าการสำรวจผู้สูงอายุแถบชุมชนเมืองในกรุงเทพฯ ซึ่งพบปัญหาต้อกระจก 15%¹¹ ความเสื่อมของการได้ยิน (Presbycusis) พบความชุก 26.1 % เป็นผู้สูงอายุชาย 16.31% และหญิง 9.78 % ซึ่งสูงกว่าการสำรวจความชุกของความเสื่อมของการได้ยินในผู้สูงอายุชุมชนเมือง 14 ชุมชนรอบ ๆ โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ ซึ่งพบเพียง 10.8%¹⁴ และของเกษมและคณะ ซึ่งพบความชุกของปัญหาความเสื่อมของการได้ยินในผู้สูงอายุเชียงใหม่ เพียง 8.4%⁽¹⁰⁾ โรคเบาหวานซึ่งในที่นี้หมายถึงระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก/ดล และ/หรือมี

ประวัติการใช้ยารักษาโรคเบาหวานหรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน¹⁵ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุบ้านธรรมปรกรณ์ 23.9% เป็นผู้สูงอายุชาย 15.22% หญิง 8.70 % ซึ่งพบสูงกว่าความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุของเชียงใหม่จากการศึกษาของเกษมและคณะ ซึ่งพบ 9.3 %¹⁰ โรคฟันผุ (dental caries) พบความชุกในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 19.6% เป็นผู้สูงอายุชายและหญิงเท่ากันคือ 9.78% ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุแต่พบต่ำกว่าการศึกษาของเกษมและคณะซึ่งพบความชุกของโรคฟันผุในผู้สูงอายุ 29% ซึ่งคงมีสาเหตุจากที่ผู้สูงอายุที่พักในบ้านคนชราธรรมปรกรณ์มีโอกาสในการกินอาหารประเภทของหวานน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยกับลูกหลาน โรคระบบทางเดินอาหารเช่นท้องอืด ปวดท้อง พบความชุก 9.8% เป็นผู้สูงอายุชาย 5.43% และหญิง 4.35 % พบใกล้เคียงกับการศึกษาของเกษมและคณะ¹⁰ โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) พบความชุกในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 8.7 % เป็นผู้สูงอายุชาย 3.26 % และหญิง 5.43 %

ภาวะอ้วนซึ่งใช้เกณฑ์น้ำหนักตามมาตรฐานของเอเชีย โดยตรงชนมีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27.5 เป็นภาวะอ้วน¹⁶ ซึ่งพบความชุกภาวะอ้วน 8.7 % โดยพบในผู้สูงอายุชาย 1.09 % หญิง 7.61 % ซึ่งจะเห็นว่าภาวะอ้วนเป็นปัญหาในผู้สูงอายุหญิง ซึ่งอาจสัมพันธ์กับนิสัยบริโภคอาหาร ความเสื่อมของการรับรู้ (cognitive impairment) ประเมินโดยใช้ Chula Mental Test พบความชุก 55.4% เป็นผู้สูงอายุชาย 25% และหญิง 30.43% ภาวะซึมเศร้า (depression) ประเมินโดยใช้ G.D.S พบความชุกในผู้สูงอายุ 23.9 % เป็นผู้สูงอายุชาย 10.87 % และหญิง 13.04 % ซึ่งพบสูงกว่าการศึกษาของเกษมและคณะ ซึ่งพบความชุกของความเสื่อมของการรับรู้และภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่เพียง 0.9 และ 2.8% ตามลำดับ¹⁰ แสดงให้

เห็นว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชรามีปัญหาด้านความเสื่อมของการรับรู้และความซึมเศร้าสูง เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว และการศึกษาครั้งนี้พบความชุกมากในเพศหญิง ไขมันในเลือดสูงในที่นี้หมายถึงระดับโคเลสเตอรอลรวม ค่าไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดหลังอดอาหารประมาณ 9-12 ชั่วโมง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก/ดล และ 150 มก/ดล และ/หรือมีประวัติการใช้ยารักษาหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไขมันเลือดสูง¹⁷ พบความชุกของระดับโคเลสเตอรอลรวมสูง (hypercholesterolemia) ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ 39.1% เป็นผู้ชาย 15.22 % และผู้หญิง 23.91% hyperbeta-lipoproteinemia พบ 15.22% เป็นผู้ชาย 5.43 % และผู้หญิง 9.78% และ hypertriglyceridemia พบความชุก 23.9% เป็นผู้สูงอายุชาย 10.87% และหญิง 13.04 % ซึ่งพบความชุกของไขมันเลือดสูงใกล้เคียงกับการศึกษาของเกษมและคณะ¹⁰ และการศึกษาครั้งนี้พบผู้หญิงมีปัญหาไขมันในเลือดสูงมากกว่าผู้ชาย

ค่าเฉลี่ยของระดับ Hb ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่ำกว่าระดับปกติ⁹ ควรจะต้องแนะนำด้านโภชนาการและการตรวจเพิ่มเติมถึงสาเหตุของภาวะซีด เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและให้การรักษาที่ถูกต้องต่อไป ค่าเฉลี่ยของระดับ FBS, total protein, AST, ALT, LDH, creatinine, uric acid และ amylase ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในระดับปกติ พบค่าเฉลี่ยของระดับ BUN และ alkaline phosphatase สูงกว่าปกติ ซึ่งจะต้องให้คำแนะนำในด้านโภชนาการตลอดจนการใช้ยาที่มีผลต่อไตและตับแก่ผู้สูงอายุต่อไป

สรุป

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราธรรมปรกรณ์เชียงใหม่จำนวน 92 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นม่าย ไม่แต่งงาน และหย่าร้าง การศึกษาส่วนใหญ่

ไม่ได้เรียนหนังสือ เหตุผลสำคัญของการมาอยู่บ้านพักคนชราธรรมปกรณ์คือไม่มีญาติ ลูกหลานทอดทิ้ง และคู่ครองเสียชีวิต ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 10 อันดับแรกคือปัญหาด้านสายตา ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรังได้แก่โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะซึ่งเสื่อมตามอายุคือ ต้อกระจก และความเสื่อมของการได้ยิน ในด้าน mental health พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านพักคนชราธรรมปกรณ์ มีปัญหาความเสื่อมของการรับรู้และภาวะความซึมเศร้าสูง โดยพบความชุกถึงร้อยละ 55.4 และ 23.9 ตามลำดับ ความผิดปกติด้านไขมันพบค่าสูงกว่าปกติของไขมันรวม (Total cholesterol) ร้อยละ 39.1, beta-lipoprotein ร้อยละ 15.2 และ triglyceride ร้อยละ 23.9 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบค่าเฉลี่ยของระดับ BUN และ alkaline phosphatase ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ผิดปกติ ผลการศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานที่จะทำให้ใช้ประโยชน์ในการศึกษาและหาแนวทางแก้ไขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Pro.Dr.Masakazu Takahashi แห่ง Nippon Medical School ซึ่งได้ให้เงินทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยรวมทั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่บ้านพักคนชราธรรมปกรณ์ทุกคนที่ให้ความสะดวกและให้การช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The World Health Report. Life in the 21st century "A vision for all". World Health Organization. Geneva, 1998:5.
2. Thailand life expectancy at birth-Demographics. Available from: http://indexmundi.com/thailand/life_expectancy_at_birth.html.
3. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand. Available from: <http://advisor.anamai.moph.go.th/factsheet/ageing.htm>.
4. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563. กรุงเทพฯ, กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538.
5. นภาพร ชโยวรรณ, จอห์น ชโนเคล. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ., สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539: 145-6.
6. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkhachorn A, Ebrahim A. Chula Mental Test: A screening test for elderly people in less developed countries. Int J Geriatr Psychiatry 1996; 11: 715-720.
7. Yesavage IA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res. 1983; 39: 37-49.
8. Shellen chart- Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Snellen.Chart>.
9. World Health Organization. Nutritional anaemias, technical report series, No.405. Geneva: World Health Organization, 1968: 1-37.
10. Uttawichai K, Takahashi M, Kiyoshi S, Hirai K, Kasempitakpong B, Matanasarawoot A, Sermpanich N. Physical check up and blood data analysis in Thai

- elderly of Chiangmai Province, Thailand. *Geriatrics and Gerontology International* 2004;4: S 220-222.
11. Health care for elderly people in developing countries: a case study of Thailand. Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m2459/is_n5_v22/ai_14217431.
 12. Guidelines 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension(ESH) and of the European Society of Cardiology(ESC). *J hypertens* 2007; 25: 1150-87.
 13. Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9676086>.
 14. Ear diseases and hearing in the Thai elderly population part I. A comparative study of the accuracy of diagnosis and treatment by general practitioner vs ENT specialists. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12188380>.
 15. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2007, 30 Suppl: S 42-47.
 16. Appropriate body mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies WHO expert consultation. *Lancet* 2004; 363: 157-63.
 17. Cholesterol Treatment Guidelines Update. *วารสารแพทยหลังปริญญา* 2545; 16: 9.