

ภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชน : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น

กัลยารัตน์ คาคสนิท* พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

พรทิพย์ มาลาธรรม** Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology (USA)

สุปรีดา มั่นคง*** Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทคัดย่อ :

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 100 ปีหรือมากกว่า โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 รายได้มาจากการสำรวจสำมะโนประชากรของประชากรที่มีอายุ 100 ปีหรือมากกว่า ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ การสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย มีอายุระหว่าง 100-108 ปีมีอายุเฉลี่ย 102 ปีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จากการประเมินสุขภาพจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุมีประวัติอาการป่วยเฉียบพลันในเดือนที่ผ่านมาและ 1/3 มีโรคเรื้อรัง ด้านการรู้คิดพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความบกพร่องจากการประเมินด้วยแบบทดสอบแต่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งคิดว่าภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองไม่ค่อยดี แต่คิดว่ามีสุขภาพแข็งแรงกว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยและเพศเดียวกัน และมีความผาสุกอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นต่อเนื่องได้ ยกเว้นการเดินทางโดยใช้รถขนส่งมวลชนด้วยตนเอง จากการตรวจร่างกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยกว่าปกติ อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณ 2/3 มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแรงบีบมือทั้งสองข้างในระดับต่ำมาก จากผลการศึกษา ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนที่บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ศตวรรษิกชน

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: pomtip.mal@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 14 มิถุนายน 2562 วันที่แก้ไขบทความ 24 มกราคม 2563 วันที่ตอบรับบทความ 30 มกราคม 2563

Health Status of Centenarians: A Case Study of Khon Kaen Province

Kunlayarat Kadsanit *M.N.S. (Gerontological Nursing)

Porn-tip Malathum** Ph.D. (Nursing), Doctoral Portfolio Certificate in Gerontology (USA)

Supreeda Monkong*** Ph.D. (Gerontological Nursing)

Abstract:

This descriptive study aimed to describe the health status of centenarians, persons who were one hundred years old or older. The principle of comprehensive geriatric assessment was used as a conceptual framework. A sample of 34 older persons was recruited from a list of population census of people aged 100 years or older and living in Khonkaen Province, the northeast region of Thailand. The data were collected using questionnaires about personal and health data, interviews, and physical examination, and then, were analysed using descriptive statistics. The results revealed that the participants' age ranged from 100 to 108 years with a mean of 102 years. From the interview, most participants were female and had acute illnesses in the past month, whereas one-third had chronic illnesses. They had some extent of cognitive impairment assessed by a cognitive test, but could still communicate understandably. Almost half of the participants thought that their overall health was not healthy, but they perceived that they had better health conditions than others at the same age and gender. Moreover, most of them reported that their well-being was at the moderate to high level; they could perform basic and extended activities of daily living, except for the use of public transportation. From the physical examination, almost half of the participants had a low body mass index. Most of them had a normal range of waist circumference, respiratory rate, and heart rate, but had high blood pressure. All participants had hand grip strength at a very low level. The results of this study about health status among centenarians could be used as fundamental information for healthcare providers to further develop the appropriate health promotion program specifically for the group of long-lived population.

Keywords: Health status, Comprehensive geriatric assessment, Centenarians

***Master's student, Master of Nursing Science (Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

****Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: porn-tip.mal@mahidol.ac.th*

*****Associate Professor, Ramathibodi School Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Received June 14, 2019, Revised January 24, 2020, Accepted January 30, 2020

ความสำคัญของปัญหา

จากการที่ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยพบผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 10.1 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568¹ จากรายงานการศึกษาจำนวนประชากรที่คาดการณ์ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2559 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าประเทศไทยมีประชากรทั้งประเทศจำนวน 65,323,000 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 10,988,000 คน (ร้อยละ 16.82) และเป็นผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปจำนวน 17,783 คน (ร้อยละ 0.03) สำหรับผู้ที่มีอายุ 100 ปี หรือ 1 ศตวรรษนั้น ซึ่งเรียกว่าศตวรรษิกชน (centenarian)² ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย ตามภูมิภาคต่างๆ ยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่สองของประเทศ ซึ่งรองจากกรุงเทพมหานคร และจังหวัดขอนแก่นก็เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือและมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นลำดับต้นๆ อีกด้วย³

นอกจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และอารมณ์ ถึงแม้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะไม่ได้เกิดจากโรคหรือจากการได้รับบาดเจ็บ แต่กระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตได้เช่นกัน^{3,4} กระบวนการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะในร่างกาย เช่น ความอ่อนแอ การตอบโต้ต่อสิ่งเร้า กระดูกเปราะ และรวมถึงอาจก่อให้เกิดโรคเรื้อรังได้ เป็นต้น เมื่ออายุมากขึ้น ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีความรุนแรงมากขึ้น ในคนสูงอายุที่สูญเสียการทรงตัวเป็นระยะเวลานานๆ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการหกล้มจนทำให้กระดูกหัก อีกทั้งยังนำไปสู่การเคลื่อนไหวที่ลดลงจนเกิดภาวะความเปราะบางได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ

100 ปีและมากกว่า^{2,5} กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้มักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งอาการ² ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพสูงขึ้น รวมไปถึงการเสียชีวิตจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย

เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปนั้นถือเป็นประชากรที่มีอายุยืนยาวซึ่งมีจำนวนน้อยมากจึงเป็นที่น่าสนใจว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นอย่างไร การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการช่วยประเมินและคัดกรองปัญหาทางด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น พบว่าในผู้สูงอายุที่อายุเพิ่มมากขึ้น มักจะพบปัญหาสุขภาพที่หลากหลายและซับซ้อน⁶ ดังนั้นการตรวจประเมินคัดกรองปัญหาทางด้านสุขภาพ จะช่วยระบุปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุหลายมิติ อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนจำกัด เชลิมและคณะ⁷ ศึกษาภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนในกลุ่มทหารผ่านศึกในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่ามีสุขภาพจิตดีทั้งๆ ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพทางกายมาก แต่การศึกษานี้เป็นการประเมินจากแบบสอบถามเท่านั้น ไม่ได้มีการตรวจร่างกาย ส่วนในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาภาวะสุขภาพในศตวรรษิกชนเกี่ยวกับความจำ การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยินและการรับประทานอาหารเท่านั้น⁸ แต่ไม่ได้ประเมินภาวะสุขภาพด้านอื่นๆ อย่างครอบคลุม และไม่มีข้อมูลจากการตรวจร่างกาย จะเห็นได้ว่าข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการประเมินสุขภาพจากการรับรู้เป็นส่วนใหญ่

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนในหลายมิติทั้งการประเมินตามการรับรู้และการตรวจร่างกายและในการศึกษครั้งนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยชุด ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืน (Health Status and Health Behaviors of Long-Lived Thai Persons) ข้อมูล

ที่ได้จากการศึกษาจะทำให้ทราบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพหรือการดูแลผู้ที่มีอายุยืนยาวดั่งศตวรรษิกชนและผู้ที่อยู่ในช่วงก่อนวัยศตวรรษิกชนให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพเท่าที่จะเป็นไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนในจังหวัดขอนแก่นในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจร่างกาย (น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และแรงบีบมือ) 2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ 3) ด้านภาวะการรู้คิด 4) ด้านอารมณ์ความรู้สึก และ 5) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) ซึ่งเป็นการประเมินและค้นหาปัญหา ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมหลายมิติ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุและมีการใช้อย่างแพร่หลายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเป็นระบบในการวางแผนติดตามการดูแลรักษา และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมพบว่ามียอดประกอบหลายมิติโดยอาจจะมีการแบ่งมิติแตกต่างกันบ้าง แต่วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอธิบายว่ามีมิติต่างๆ นั้นไม่สามารถแยกจากกันได้โดยเด็ดขาด ได้แก่

สุขภาพทางร่างกาย (physical health) ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional health) ภาวะการรู้คิด (cognitive status) อารมณ์ความรู้สึก (affective status) และสังคมและสิ่งแวดล้อม (socio-environmental status) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง มักไม่สามารถจะมีภาวะสุขภาพได้ดีเท่าคนปกติในวัยอื่น แต่มีเป้าหมายให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ เช่น อาจมีการปรับลดขีดความสามารถที่สูญเสียไปช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันตามสมควร หรืออาจมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับครอบครัวและผู้อื่น ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนตามสมควร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นเป้าหมายที่สำคัญของผู้สูงอายุ^{6,9} ซึ่งเมื่อภาวะสุขภาพในองค์ประกอบดังกล่าวมีความผิดปกติย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมได้

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของศตวรรษิกชนที่อยู่ในชุมชนจังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งเป็น 5 มิติ คือ 1) ด้านสุขภาพทางกาย โดยมีการสัมภาษณ์ซักประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการตรวจร่างกายโดยประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และแรงบีบมือ 2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งเป็นตัวสะท้อนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นต่อเนื่อง 3) ด้านภาวะการรู้คิด ซึ่งเป็นการประเมินด้านความจำ (memory) การคิดคำนวณ (calculation) และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (orientation) เพื่อคัดกรองปัญหาทางด้านสมอง 4) ด้านอารมณ์ความรู้สึก โดยประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต (well-being) และ 5) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การประเมินลักษณะคนพ่อกาตัย ความเพียงพอของรายได้แหล่งรายได้ และสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล

ดังนั้น ในการศึกษาภาวะสุขภาพครั้งนี้จึงให้ความสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) มาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาปัญหา และทราบภาวะสุขภาพในหลายมิติของศตวรรษิกชนเพื่อวางแผนในการดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีหรือมากกว่าที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีหรือมากกว่า 2) ไม่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และ 3) สามารถพูดโต้ตอบด้วยภาษาไทยได้

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลจากบัญชีรายชื่อในการสำรวจสำมะโนประชากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในปี 2558¹⁰ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 337 ราย ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคำนวณแบบสัดส่วนโดยเทียบจากกลุ่มประชากรที่จะศึกษา หากประชากรที่น้อยกว่า 1,000 ราย ควรใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15-30¹¹ ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จากประชากร 337 ราย ฉะนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คาดหวังคือ 51 ราย อย่างไรก็ตามจากการสำรวจสำมะโนประชากรดังกล่าวพบว่ามี ความคลาดเคลื่อนของบัญชีรายชื่อ ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีหรือมากกว่าที่ยังมีชีวิตอยู่อีกครั้ง โดยการโทรศัพท์ประสานงานสอบถามข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขทั้ง 26 อำเภอ ประกอบไปด้วย 248 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ จึงพบว่า

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปี หรือมากกว่าที่ยังมีชีวิตอยู่นั้นมีจำนวนทั้งสิ้น 34 ราย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ 10 อำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยจำนวน 2 ชุด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านและการเขียน และการประกอบอาชีพในอดีต ผู้วิจัยและคณะสร้างขึ้นขึ้นเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ผู้วิจัยและคณะได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และแบ่งเป็น 5 มิติ ดังต่อไปนี้

1) ด้านสุขภาพทางกาย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามและการตรวจร่างกายผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1. แบบสัมภาษณ์ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ลักษณะข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ลักษณะข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็น ระยะเวลาานานมากกว่า 6 เดือน รวมถึงปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการนอนหลับและประวัติการแพ้ยาล้วนอาหาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ

1.2) เครื่องมือการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ดังนี้

1.2.1) เครื่องชั่งน้ำหนัก Tanita รุ่น HD 380 แบบยีนชนิดเคลื่อนที่ได้ระบบเมตริก มีหน่วยเป็น กิโลกรัม และผ่านการตรวจสอบความแม่นยำของ เครื่องมือ (calibration)

1.2.2) ที่วัดส่วนสูง ผู้วิจัยใช้ที่วัดส่วนสูง แบบยีนชนิดเคลื่อนที่ได้ ระบบเมตริก มีหน่วยเป็น เซนติเมตร

ในการคำนวณดัชนีมวลกายโดยจะคิดจาก น้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง (เมตร)² แปลผลตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2000¹² เกณฑ์ปกติในคนไทยมีค่าอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร²

1.2.3) สายวัดรอบเอว เป็นสายวัดแบบ พกพาได้ ระบบเมตริก มีหน่วยเป็นนิ้วและเซนติเมตร แปลผลตามเกณฑ์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพปี พ.ศ. 2553 เกณฑ์ปกติในเพศชาย ไม่ควรเกิน 36 นิ้ว หรือ 90 เซนติเมตร และเกณฑ์ปกติ ในเพศหญิงไม่ควรเกิน 32 นิ้ว หรือ 80 เซนติเมตร¹²

1.2.4) เครื่องวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตที่ สามารถวัดและแสดงค่าที่วัดได้อย่างอัตโนมัติภายหลัง การพัน cuff ที่แขนของผู้สูงอายุ ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้ เครื่องวัด Rossmax®รุ่น MG150fที่ได้มาตรฐานรับรอง โดยกระทรวงพาณิชย์ผ่านการตรวจสอบเทียบมาตรฐาน และตรวจสอบสภาพเครื่องมือ แสดงได้ทั้งค่าอัตราการเต้นของหัวใจและค่าความดันโลหิต ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจเกณฑ์ปกติมีค่าอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที¹³ และค่าความดันโลหิต แปลผลตามเกณฑ์ของ The Seventh Report of the Joint National Committee (JNC 7)¹⁴ โดยเกณฑ์ปกติค่าความดันโลหิตตัวบนมีค่าระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิต ตัวล่างมีค่าระหว่าง 80-84 มิลลิเมตรปรอท

1.2.5) นาฬิกาจับเวลา ผู้วิจัยใช้นาฬิกา รุ่น ที่มีเข็มวินาที CASIO G-Shock รุ่น GMA-S130-4A

ระบบเมตริกที่ผ่านการเทียบเวลามาตรฐาน มีหน่วยเวลา เป็นวินาที นาที และชั่วโมง

1.2.6) เครื่องวัดแรงบีบมือ (hand grip dynamometer) เพื่อตรวจวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องวัดแรงบีบมือ Grip-D รุ่น T.K.K. 5401 มีหน่วยเป็นกิโลกรัม เครื่องมือได้ มาตรฐานรับรองโดยกระทรวงพาณิชย์ผ่านการตรวจสอบความแม่นยำ และการตรวจสอบสภาพเครื่องมือ การแปลผลจะนำมาเทียบกับค่ามาตรฐานความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อเป็นกิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว สำหรับผู้ที่ มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในเพศชายที่มีแรงบีบมือ 0.60 กิโลกรัม/น้ำหนักตัวขึ้นไป และเพศหญิงที่มีแรงบีบมือ 0.45 กิโลกรัม/น้ำหนักตัวขึ้นไป หมายถึง มีแรงบีบมือ ในระดับดี ส่วนเพศชายที่มีแรงบีบมือเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.43กิโลกรัม/น้ำหนักตัว และเพศหญิงที่มีแรงบีบ มือน้อยกว่า 0.31 กิโลกรัม/น้ำหนักตัว หมายถึง มีแรง บีบมือในระดับต่ำมาก¹⁵

2) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันพื้นฐานบาร์เทล (Barthel Activities of Daily Living [ADL] Index) และแบบประเมินเชิง ปฏิบัติดัชนีจุฬาเอ็ดดัล (Chula ADL Index) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันพื้นฐานบาร์เทล (Barthel ADL Index) เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันพื้นฐานของศตวรรษิกชน สร้างขึ้นโดยมาร์เฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel) ในปี ค.ศ.1965 แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์ กุลและคณะ¹⁶ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินความ สามารถของผู้สูงอายุตามที่ปฏิบัติจริง โดยการให้ คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม มี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความสามารถช่วยตนเองได้ดี มีภาวะพึ่งพิงน้อย

คะแนนมากกว่า 12 หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) ในผู้สูงอายุ 100 ปีขึ้นไปในจังหวัดอีกแห่งหนึ่งที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

2.2) แบบประเมินเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (extended ADLs) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁶ มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของศตวรรษิกชนตามที่ปฏิบัติจริงทั้งหมด 5 กิจกรรม คะแนนมากหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมาก ผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

3) แบบประเมินภาวะการรู้คิด ได้แก่ แบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) เพื่อใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง พัฒนาโดยบุรุษและบุรุษลอค¹⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ มาลาธรรม¹⁸ มีลักษณะเป็นข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนนมากกว่า 8 หมายถึง มีภาวะรู้คิดบกพร่อง เครื่องมือมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 78.57 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 100 ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม¹⁷ โดยผู้วิจัยประมวลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{19,20}

4) แบบประเมินด้านอารมณ์ความรู้สึก ประกอบด้วย

4.1) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม โดยคำถามประกอบด้วย 2 ข้อ โดยข้อแรกให้ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ดีเลยจนถึงดีมาก และคำถามที่สองให้เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับคนในวัยเดียวกัน คือ แข็งแรงกว่าคนอื่น เหมือนคนอื่น และอ่อนแอกว่าคนอื่น

4.2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุโดยมี 1 ข้อคำถาม ที่เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) โดยใช้

เส้นตรงแนวนอนยาว 10 เซนติเมตร ระยะห่าง 1 เซนติเมตร มีตัวเลขกำกับห่างเท่าๆ กัน ให้คะแนนได้ตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนน และให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเองโดยตอบเป็นตัวเลขทางขวาและผู้วิจัยวงกลมตัวเลขในแบบสัมภาษณ์เกณฑ์การแปลผลคือ ปลายเส้นตรงซ้ายมือมีเลข 0 กำกับ หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด และปลายเส้นตรงขวามือมีเลข 100 กำกับ หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

5) แบบประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนของผู้สูงอายุที่ได้รับและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งที่มาของรายได้ความเพียงพอของรายได้ลักษณะการอยู่อาศัยสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่โครงการ 2560/211 และได้รับการอนุญาตในการทำวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและผู้รับผิดชอบพื้นที่ที่ใช้ดำเนินการในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแลได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์สิทธิในการที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเซ็นชื่อได้ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอม ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมและไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยของโครงการวิจัยหลัก “ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืน” จำนวน 4 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยชี้แจงการใช้แบบสัมภาษณ์และฝึกการใช้เครื่องมือในการตรวจร่างกายให้เข้าใจตรงกันก่อนเก็บข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีหรือมากกว่า และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างรายชื่อและบุคคลจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ซึ่งจะทำการเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุตามวันและเวลาที่นัดหมาย โดยมีผู้นำชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบเป็นผู้นำทางไปยังบ้านของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามคำถามตามแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุและญาติตอบในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และทำการตรวจร่างกาย ใช้เวลาประมาณรายละ 45-60 นาที หลังจากสัมภาษณ์และตรวจร่างกายแล้วเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติบรรยาย โดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการ

อธิบายข้อมูลทางด้านภาวะสุขภาพทางกายซึ่งประกอบไปด้วยประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และแรงบีบมือ การประเมินด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ด้านภาวะการรู้คิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 ราย มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 100-108 ปี อายุเฉลี่ย 102 ปี ($SD = 2.56$) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 100-105 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 47) รองลงมาคือ อายุ 100 ปี (ร้อยละ 44.10) และ อายุ 105-108 ปี ร้อยละ 8.90 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.30 เพศชายร้อยละ 14.70 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพการสมรสหม้าย ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 67.60 อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้ ร้อยละ 73.54 การประกอบอาชีพในอดีตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.24) ทำสวน ทำนา ทำไร่และ เลี้ยงสัตว์

ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ

1) ด้านภาวะสุขภาพทางกาย ซึ่งแบ่งเป็น ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกาย

1.1) ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 88.20 ได้แก่ ปวดข้อต่างๆ ร้อยละ 52.90 เป็นหวัด เจ็บคอ ร้อยละ 26.50 และ เป็นไขร้อยละ 14.70 เป็นต้น และ 1/3 ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 35.30) มีโรคประจำตัวเรื้อรังนานเกินกว่า 6 เดือน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.40 รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 5.90 ส่วนโรคเบาหวาน โรคไต โรคไขมันในเลือดสูง และหอบหืดพบอย่างละ 1 ราย ปัญหาทางด้าน

การมองเห็นพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาตามัว ร้อยละ 87.50 ปัญหาหูตึงร้อยละ 73.50 มีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 32.40 และยังพบว่าเคยมีปัญหาเกี่ยวกับการแพทย์แต่จำชื่อยาไม่ได้ 1 ราย กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิด ร้อยละ 14.71 เป็นกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 11.76 ของยาทั้งหมดที่ได้รับ

1.2) ภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และความแข็งแรงปืมือ จากการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักระหว่าง 27-80 กิโลกรัม (กก.) เฉลี่ย 40.58 กก. (SD = 11.82) ในเพศชายพบว่ามีน้ำหนักระหว่าง 41-80 กก. เฉลี่ย 57.32 กก. (SD=14.80) ในเพศหญิงมีน้ำหนักระหว่าง 27-65 กก. เฉลี่ย 37.70 กก. (SD=8.64) มีส่วนสูงโดยรวมระหว่าง 130-170 เซนติเมตร (ซม.) เพศชายมีส่วนสูงระหว่าง 145-170 ซม. เฉลี่ย 162 ซม. (SD = 10.37) เพศหญิงมีส่วนสูงระหว่าง 130-160 ซม. ส่วนสูงเฉลี่ย 142 ซม. (SD = 7.56) จากการคำนวณค่าดัชนีมวลกายผิดปกติจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 61.76) ได้แก่ ดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ (ผอม) ร้อยละ 47.06 และมีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ (ท้วมและอ้วนระดับ 1) ร้อยละ 14.70 กลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 70.59) เป็นเพศชาย 5 ราย (ร้อยละ 14.71) และเป็นเพศหญิง 19 ราย (ร้อยละ 55.88) ส่วนเพศหญิง 10 ราย (ร้อยละ 29.40) มีเส้นรอบเอวเกิน

อัตราการเต้นหัวใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 97.06 มี 1 รายที่มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าเกณฑ์ 103 ครั้งต่อนาที ก่อนทำการประเมินให้ผู้สูงอายุพักและไม่พบความผิดปกติอื่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 73.53 คือ มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 35.29 รองลงมาคือมี

ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 29.41 และมีความดันโลหิตสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย ร้อยละ 8.83 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดทั้งเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 91.18 มีแรงบีบมืออยู่ในระดับต่ำมาก (ทั้งมือขวาและมือซ้าย) ในเพศชายทั้งหมด 5 ราย มีแรงบีบเฉลี่ยเท่ากันทั้งมือขวาและมือซ้ายอยู่ในระดับต่ำมากคือ 0.20 กก./น้ำหนักตัว ในเพศหญิงทั้งหมด 29 ราย มีแรงบีบเฉลี่ยทั้งมือขวาและมือซ้ายอยู่ในระดับต่ำมาก (0.16-0.18 กก./น้ำหนักตัว) มีผู้สูงอายุ 2 ราย ที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำและมีเพียง 1 รายมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปานกลาง

2) ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแลพบว่าได้คะแนนแบบประเมินอยู่ระหว่าง 2-19 คะแนน เฉลี่ย 12.91 (SD = 5.04) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61.77 สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 23.53 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องการพึ่งพาผู้อื่นส่วนมาก ร้อยละ 11.76 ช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง และ ร้อยละ 2.94 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ส่วนทางด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้จำแนกออกเป็นรายด้านโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้านได้เอง ร้อยละ 61.77 สามารถทอนเงินหรือแลกเงินได้เอง ร้อยละ 52.90 สามารถทำความสะอาดบ้านได้เอง ร้อยละ 29.40 สามารถทำหรือเตรียมอาหารได้เอง ร้อยละ 2.94 และสามารถเดินทางโดยใช้บริการรถขนส่งมวลชนได้เองร้อยละ 2.94

3) ด้านภาวะการรู้คิด จากการประเมินโดยใช้แบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง (The Six Item Cognitive

Impairment Test: 6CIT) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความบกพร่องทางการรู้คิดชัดเจนร้อยละ 94.11 และมีระดับการรู้คิดปกติร้อยละ 5.89 อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารโต้ตอบได้เข้าใจ

4) ด้านอารมณ์ความรู้สึกจากการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ความผาสุกในชีวิต พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ซึ่งมีคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ การให้ประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าภาวะสุขภาพของตนเองไม่ค่อยดีร้อยละ 44.10 คิดว่ามีภาวะสุขภาพดีร้อยละ 26.50 คิดว่ามีภาวะสุขภาพปานกลางร้อยละ 20.60 และคิดว่ามีสุขภาพที่ไม่ดีเลย ร้อยละ 5.90 ตามลำดับ และไม่สามารถตอบคำถามได้ 1 ราย และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับคนในวัยเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงกว่าคนอื่นร้อยละ 61.80 สุขภาพอ่อนแอกว่าคนอื่นร้อยละ 23.50 และมีเพียงส่วนน้อยที่คิดว่าสุขภาพของตนเองเหมือนคนอื่น ร้อยละ 11.80 ตามลำดับ และไม่สามารถตอบคำถามได้ 1 ราย ในส่วนการรับรู้ความผาสุกในชีวิตเป็นการประเมินความพึงพอใจในภาพรวมทั้งหมดของชีวิตตามการรับรู้ พบว่าส่วนใหญ่ให้ความผาสุกในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.06 รองลงมาให้คะแนนระดับมากที่สุดร้อยละ 26.47 และให้คะแนนระดับค่อนข้างมากร้อยละ 11.77 ตามลำดับ

5) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัย การประเมินแหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้และสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานร้อยละ 88.20 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.06) มีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และมีรายได้ทั้งจากเบี้ยยังชีพและครอบครัว บุตรหลานร้อยละ 20.60 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 55.90 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.20)

และมีเพียงร้อยละ 8.80 ที่ใช้สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิการข้าราชการ

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีหรือมากกว่า สามารถสื่อสารโต้ตอบได้เข้าใจ จากผลการศึกษาด้านภาวะสุขภาพทางกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลันในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา คือมีอาการปวดข้อต่างๆ ซึ่งอาจอธิบายได้จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงเสื่อมสภาพของร่างกายที่เป็นไปตามวัย ปริมาณน้ำไขข้อของข้อเข่าลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อม และมักพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีปัญหาปวดกระดูกและข้อมากกว่าเพศชาย อาจมีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอาการปวด เช่น พฤติกรรมการนั่งพับเพียบ นั่งยองๆ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น²¹ ในส่วนประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง หนึ่งในสามพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ล้วนหัวใจจะหนาตัวและมีความยืดหยุ่นลดลงจากการที่มีแคลเซียมมาเกาะ หลอดเลือดเอออตามีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น²²

ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุเกี่ยวกับการมองเห็นก็เป็นปัญหาที่พบมากและสำคัญกล่าวคือในผู้สูงอายุมักจะมีการกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยทางตา คือมีไขมันรอบดวงตา เลนส์ตาขุ่นหนาตัวและความโค้งลดลง ซึ่งส่งผลให้มีความบกพร่องทางการมองเห็นจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้²³ การได้ยินพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีปัญหาหูตึง ซึ่งเกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบการได้ยินตั้งแต่หูชั้นนอก หูชั้นกลาง ไปจนถึงหูชั้นใน โดยหูชั้นนอกจะสูญเสียความยืดหยุ่นและความแข็งแรง หูชั้นกลางแก้วหูมีความยืดหยุ่นน้อยลง ส่วนหูชั้นในเส้นประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกจากเซลล์ขนบริเวณ

โคเคลียส่งไปยังสมองมีการเสื่อมลง²⁴ ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังสามารถฟังและตอบคำถามได้อย่างเข้าใจถึงแม้จะอ่านเองไม่ค่อยได้ และในบางแบบประเมินอาจไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดำเนินชีวิตตามวิถีธรรมชาติโดยไม่ได้นิยามสิ่งรอบข้างอื่นๆ เช่น วันเดือนปี การดูปฏิทิน เป็นต้น หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนหลับ คือจะมีอาการหลับยาก และเมื่อตื่นนอนขึ้นมา กลางดึกก็จะหลับต่อได้ยาก อายุมากขึ้นยังพบว่ามีปัญหาในการนอนหลับมากขึ้นด้วย²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นโครงสร้างของการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดคลื่นเดลตาซึ่งเป็นคลื่นสมองที่แสดงถึงการนอนหลับชนิดลึก ในระยะที่ 3 และ 4 ของ non-rapid eye movement (NREM) หรือมีระยะหลับลึกลดลงทำให้ผู้สูงอายุตื่นง่ายจากสิ่งกระตุ้นต่างๆ²⁶⁻²⁸

ภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกาย กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีส่วนสูง 130-170 ซม. เฉลี่ย 145 ซม. อาจเป็นไปได้ว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกระดูกสันหลัง โดยกระดูกสันหลังจะทรุดมากขึ้น ทำให้หลังค่อมหรือหลังเอียงมากขึ้น²⁹ ในส่วนของน้ำหนักตัวเฉลี่ยอยู่ที่ 41 กิโลกรัม ผู้สูงอายุสองในสามมีค่าดัชนีมวลกายผิดปกติโดยมีจำนวนเกือบครึ่งที่มีภาวะผอม และมีเพียงส่วนน้อยที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งภาวะผอมอาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร เช่น มีปัญหาด้านการรับรสไม่ดีทำให้รู้สึกรสชาติอาหารเปลี่ยนไปรับประทานอาหารได้เฉพาะอาหารอ่อนๆ อย่างง่าย เนื่องจากปัญหาสุขภาพฟัน รวมไปถึงการย่อยและการดูดซึมที่ลดลง อาจทำให้ความอยากอาหารลดลง³⁰ ส่วนในรายที่มีภาวะอ้วน พบว่าประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และเพศหญิงประมาณร้อยละ 30 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ซึ่งอาจ

เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรในผู้สูงอายุ และแบบแผนในการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระยะยาวเป็นเวลา 7 ปี ในกลุ่มตัวอย่างชาวอินโดนีเซีย ที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนเพิ่มจากเดิมร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 47 และเพศหญิงมีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นมากกว่าเพศชาย ซึ่งอธิบายได้ว่าโดยธรรมชาติของสรีรเพศหญิงมีสัดส่วนของไขมันมากกว่าผู้ชาย³¹ นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุไม่มีฟันหรือฟันร่วงจึงรับประทานจำพวกกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ได้น้อย แต่รับประทานแป้งเป็นหลัก จึงมีโอกาสน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวจะเป็นตัวชี้วัดในการคัดกรองภาวะสุขภาพอย่างง่าย แต่ยังไม่ใช่วิธีวัดที่แม่นยำที่สุดในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การประเมินสัญญาณชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเต้นของชีพจรและอัตราการหายใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะปกติ ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวที่สามารถควบคุมได้ คือโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในภาวะคงที่ ส่วนการหายใจ แม้ว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะหลังโก่งหรือ หลังคด มีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังทำให้ทรงตัวหลังลง กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ คือ กล้ามเนื้อกระบังลม กล้ามเนื้อระหว่างช่องซี่โครงชั้นนอกและชั้นในจะอ่อนแรงอาจทำให้การหายใจเข้า-ออก ลดลงได้ในผู้สูงอายุ³² อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่นั่งตรงได้ จึงน่าจะทำให้ช่วงปอดขยายและร่างกายสามารถปรับชดเชยได้ในภาวะที่ไม่มีการเจ็บป่วย จึงมีอัตราการหายใจที่ปกติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูง และเกินเกณฑ์ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป คือ มากกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในผู้สูงอายุที่มัก

พบว่ามีความยืดหยุ่นลดลง ขึ้นในสุดของหลอดเลือดจะหนาขึ้น ผนังชั้นกลางมีการสะสมของไขมันและแคลเซียมทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (arteriosclerosis) เมื่อเกิดขึ้นที่หลอดเลือดเอออร์ตาจะทำให้ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้นเล็กน้อย³³

ส่วนการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือสามารถนำไปประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพทางกาย รวมไปถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำมาก ซึ่งอธิบายได้ว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นและต่ำสุดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย จึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจส่งผลไปถึงการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานได้³⁴ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบางด้านได้ลดลงแต่ไม่มากนัก เช่น การสวมใส่เสื้อผ้า การติดกระดุม การล้างหน้า การแปรงฟัน การหวีผม

ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ดี มีเพียงบางด้านที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนปัสสาวะซึ่งสอดคล้องตามการศึกษาของชอร์ว³⁵ ซึ่งพบว่าการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะในผู้สูงอายุจะมีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะร่วมกับตัวรับการกระตุ้นในกระเพาะปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจึงส่งผลทำให้ปัสสาวะบ่อยครั้งและกลืนปัสสาวะไม่ค่อยได้ ในส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) กลุ่มตัวอย่างยังสามารถเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้านได้เอง บางรายจะมีบุตรหลานคอยดูแลสามารถทอนเงินหรือแลกเงินได้บ้างในขนาดจำนวนเงินไม่มาก สามารถทำความสะอาดบ้านได้เองง่ายๆ เช่นกวาดบ้าน ยังมีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่ยังสามารถทำหรือเตรียม

อาหารได้เอง และสามารถเดินทางโดยใช้บริการรถขนส่งมวลชนได้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้กระบวนการทำหน้าที่ที่ซับซ้อนมากขึ้น ทั้งด้านการจำ การวางแผน การบริหารจัดการและการตัดสินใจ³⁶ ดังนั้นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนภาวะสุขภาพทางกายด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ รวมไปถึงเป็นตัวบ่งชี้ความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุอีกด้วย

ภาวะสุขภาพด้านภาวะการรู้คิด ในการประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบทดสอบการรู้คิดบกพร่อง (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6 CIT) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องด้านภาวะการรู้คิดแต่สามารถพูดคุยได้ตอบและสามารถให้ข้อมูลได้ตรงประเด็นโดยตอบคำถามด้วยตนเอง แบบทดสอบนี้มีการคัดกรองด้านการรู้คิด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำ ด้านการคิดคำนวณ และด้านการรับรู้วัน เวลา สถานที่ (orientation) อย่างไรก็ตาม การใช้แบบคัดกรองนี้ในผู้สูงอายุไทยวัยปลายในชนบท อาจมีประเด็นความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรมและบริบทที่มีผลต่อความไวและความจำเพาะของแบบประเมินได้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท มีการใช้ชีวิตแบบเรียบง่ายตามวิถีธรรมชาติมากกว่าการเข้าสังคม จึงไม่ได้สนใจวันเดือนปี ในแต่ละวันรวมถึงการใช้จ่ายเงิน จึงตอบคำถามในแบบประเมินได้น้อย ดังนั้นหากจะใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินผู้สูงอายุอาจต้องพิจารณาประเด็นเหล่านี้ด้วย

ภาวะสุขภาพด้านอารมณ์ความรู้สึก จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีและสุขภาพปานกลาง แบรินดาว⁵ กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีการรับรู้สุขภาพทางกายของตนว่าอยู่ในเกณฑ์สุขภาพปานกลางไปจนถึงสุขภาพดี เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีข้อจำกัดของร่างกายร่วมกับมีปัญหสุขภาพ⁵ แต่ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่สามารถทำ

กิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มักรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับที่แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาวและคณะ³⁷ อีกทั้งยังพบว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่าง ประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับสุขภาพปานกลางจนถึงสุขภาพดี และเมื่อให้เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของตนเองกับคนวัยเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงกว่าคนอื่น เนื่องจากคนรุ่นราวคราวเดียวกัน มักเสียชีวิตไปแล้ว และการรับรู้ความผาสุกในชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้คะแนนความผาสุกอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูง อาจอธิบายได้ว่าความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง คือ การที่เป็นที่รักของคนในครอบครัว การรู้สึกมีความสุข การมีชีวิตอย่างมีคุณค่าตามความมุ่งหวังซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮาวและคณะ³⁷

ภาวะสุขภาพด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นหลักได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล รองลงมาคือได้รับรายได้จากบุตรหรือหลาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เพราะบุตรหลานเป็นคนช่วยจัดการดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้ทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดพักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งอธิบายได้ว่าในสังคมไทยในชนบทจะอยู่อาศัยกันแบบครอบครัวขยายและคอยดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การได้ทำหน้าที่ตามบทบาทของบุตร เพื่อตอบแทนบุญคุณที่ผู้สูงอายุเคยดูแลตนเองมาก่อน รวมทั้งบริบทของสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับศาสนาเรื่องของบาปบุญ เวิร์กรรมต่าง ๆ การมีความรู้สึกผิดบาปเมื่อทอดทิ้งบิดามารดา ดังนั้นการดูแลหลัก จึงเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องดูแลบิดามารดาเมื่อยามเจ็บป่วย³⁸ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแหล่งบริการที่เข้ารับบริการเกือบทุกคนและสะดวกคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยผู้สูงอายุจะให้เหตุผลว่า “อยู่ใกล้บ้าน ผู้ที่พาไปเดินทางสะดวก ค่าใช้จ่ายไม่สูง”

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาในครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ซึ่งประกอบไปด้วย ภาวะสุขภาพทางกาย ด้านความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพด้านการรู้คิด ภาวะสุขภาพด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านสังคมสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยให้ทราบถึงปัญหาของผู้สูงอายุ ในการหาแหล่งประโยชน์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการนำข้อมูลไปใช้ในการเตรียมประเมิน วางแผนการบริการที่จำเป็น และประสานแผนการดูแล เพื่อมุ่งจัดการปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละรายซึ่งมีความเฉพาะที่แตกต่างกันไป คงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี และพึ่งพาตนเองให้นานที่สุดอย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมจึงเปรียบเสมือนหัวใจสำคัญ ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีหรือมากกว่าที่อาศัยในเขตจังหวัดขอนแก่นตามทะเบียนราษฎรไม่เป็นปัจจุบัน และไม่ตรงกับจำนวนตามจริง เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายได้เสียชีวิตไปแล้วและมีความคลาดเคลื่อนในการแจ้งบันทึก ดังนั้น การเป็นตัวแทนประชากรของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้อาจมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

1) วางแผนการตรวจคัดกรองและรักษาระดับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุวัยปลาย จากผลการวิจัยครั้งนี้พบภาวะความดันโลหิตสูงประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2) พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ เนื่องจากพบว่า ผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ เกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักตัวที่น้อยกว่าเกณฑ์

3) คัดกรองและประเมินระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชนที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีระดับแรงบีบมือที่ต่ำมากซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง เพื่อพิจารณาระดับการพึ่งพาและการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง

4) ใช้ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อพิจารณาในการสร้างระบบในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุวัยปลายในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเพราะอาจมีข้อจำกัดในการเดินทางและการเข้าถึงการบริการทางสังคม

ด้านการศึกษาพยาบาล

หลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาลควรนำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบในการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยชี้ให้เห็นปรากฏการณ์ที่มีอายุยืนยาวดังศตวรรษิกชนว่ามีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร ซึ่งอาจมีทั้งจุดแข็งและข้อจำกัด โดยให้นักศึกษาเรียนรู้การประเมินภาวะสุขภาพอย่างองค์รวม และสร้างความเข้าใจป้องกันการเกิดอคติต่อผู้สูงอายุ (ageism) ที่เข้าใจว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ไร้ความสามารถ อ่อนแอ เป็นต้น

ด้านการวิจัย

1) ควรนำข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของศตวรรษิกชนไปสร้างโปรแกรมให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่พบบ่อย เช่น โปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการ โปรแกรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และทดลองประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2) ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพของศตวรรษิกชนในพื้นที่อื่น ๆ รวมทั้งมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพในระยะยาวด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวน

น้อยมากในสังคมไทย ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าที่บุคลากรด้านสุขภาพควรมีความเข้าใจภาวะสุขภาพพื้นฐานของประชากรกลุ่มนี้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัย “ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืน” และได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยประจำปี พ.ศ. 2558 จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economics and Social Development Council. The Seventh National Economic and Social Development Plan (2012–2016). Office of the National Economic and Social Development Council; 2011. (in Thai)
2. Siripanich B. Elder manual (complete version). Bangkok: Moh–Chao–Ban; 2010. (in Thai)
3. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Institute for Population and Social Research; 2017. (in Thai)
4. Prasartkul P, Gray R, Vapattanawong P, Holomyong C, Chuanwan S, Thianlai K, et al. The study of centenarians in Thailand. Bangkok: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2016. (in Thai)
5. Brandao D, Ribeiro O, Afonso RM, Paul C. Escaping most common lethal diseases in old age: morbidity profiles of Portuguese centenarians. Eur Geriatr Med. 2017;8(4):310–4.
6. Ward K, Reuben D. [internet]. Comprehensive geriatric assessment; 2016 [cited 2016 Oct26]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/Comprehensive-geriatricassessment>

7. Selim AJ1, Fincke G, Berlowitz DR, Miller DR, Qian SX, Lee A, et al. Comprehensive health status assessment of centenarians: results from the 1999 large health survey of veteran enrollees. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(4):515-9.
8. Prasartkul P. Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2015. (in Thai)
9. Volpato S, Guralnik JM. The different domains of the comprehensive geriatric assessment. In Pilotto A, Martin FC (Eds.). *Comprehensive geriatric assessment, practical issues in geriatrics* [internet]. Springer; 2018 [cited 2018 Sep 20]. Available from: http://www.doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4_2
10. Khon Kaen Provincial Public Health Office. Statistics of Khon Kaen Provincial Public Health Office 2015-2016. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Public Health Office; 2016. (in Thai)
11. Srisa-ard B. Basic research. 8thed. Bangkok: SuwiriyaSam; 2010. p. 33-6. (in Thai)
12. World Health Organization. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Australia: Health Communications Australia; 2000.
13. Eliopoulos C. Gerontological nursing. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
14. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Roccella EJ. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*. 2003;42(6):1206-52.
15. Sport Science. Physical fitness test of Thai standard. Bangkok: Sports Authority; 2000. (in Thai)
16. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing*. 1994;23: 97-101.
17. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(1): 936-40.
18. Malathum P. The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT. Unpublished document. Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2017. (in Thai)
19. Nugate B. Self care behavior and well-being of hypertensive elderly. [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1998. (in Thai)
20. Chaoum W, Intarasombat P, Putwatana P. Care burden and general well-being in family caregiver of dependent elderly. *Ramathibodi Nursing Journal*. 1996; 2(1):16-25.
21. Pukdeesamai P, Panichacheewakul P. Improving care for elderly with knee pain at Ban Bak Tambol health promotion hospital, Changhan District, Roi Et Province. *Journal of Nursing Science and Health*. 2012;34(4):46-55. (in Thai)
22. National Institute on Aging. High blood pressure. United state: National Institute on Aging [internet]. 2018 [cited 2018 Sep12]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/high-blood-pressure>
23. World Health Organization. Visual impairment and blindness. Geneva: World Health Organization [internet]. 2011[cited 2016 Feb 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
24. Piphatvanitcha N. Nursing care for older adults with hearing loss. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2012;32(3): 67-76. (in Thai)
25. Jirong Y, Changquan H, Hongmei W, Bi-Rong D. Association of sleep quality and dementia among long-lived Chinese older adults. *Age*. 2013;35(4): 1423-32. doi: 10.1007/s11357-012-9432-8.
26. Brandenberger G, Viola AU, Ehrhart J, Charloux A, Geny B, Piquard F, et al. Age-related changes in cardiac autonomic control during sleep. *J Sleep Res*. 2003;12 (3):173-80.
27. Cajochen C, Munch M, Knoblauch V, Blatter K, Wirz-Justice A. Age-related changes in the circadian and homeostatic regulation of human sleep. *Chronobiol Int*. 2006;23(1-2):461-74.
28. Van CE, Leproult R, Plat L. Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. *JAMA*. 2000;284(7):861-8.

29. Pussawiro W, Malathum P, Wongvatunyu S, Krairit O, Detprapon M. Health status of older long-distance runners. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2013;19(3):382-99. (in Thai)
30. Hengudomsub P, Pathumarak N. Physical and mental health relationship in community-dwelling older adults. *Journal of Faculty Nursing Burapa University*. 2011; 19(Supplement 2):107-18. (in Thai)
31. Yunita J, Sartika RAD. Waist circumference for central obesity detection from the pre-elderly stage to the elderly stage in Indonesia: a longitudinal study. *Pak J Nutr*. 2019; 18:379-86.
32. Shah AM, Claggett B, Kitzman D, Biering-Sørensen T, Jensen JS, Cheng S, et al. Contemporary assessment of left ventricular diastolic function in older adults. *Circulation*. 2016;135(5):426-39.
33. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2017;37(1):63-74.
34. AISS, Markides KS, Ottenbacher KJ, Raji MA. Hand grip strength and incident ADL disability in elderly Mexican American over a seven-year period. *Aging Clin Exp Res*. 2004;16:481-6.
35. Shaw C & Wagg A. Urinary incontinence in older adults. *Medicine (United Kingdom)*. 2017;45(1):23-7.
36. Martyr A, Clare L. Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2012;33:189-203.
37. Hao Z, Chen L, Li Y, Zou X, Li H, Feng Z, et al. Characteristics of centenarians' lifestyles and their contribution to life satisfaction: a case study conducted on Hainan Island. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;83:20-7. doi:10.1016/j.archger.2019.03.022.
38. Hamtanon P, Voracharoensri S, Charupheng D, Kritkharuehart S. Positive aspects of caregiving among family caregivers of patients with dementia. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4(2):186-99. (in Thai)