

การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในเขตชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม Comprehensive Geriatric Assessment for Older Adults in Huayplu Community, Nakhon Pathom Province

พัทธนันท์ ยศราวธวรกุล พ.บ.,
ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลห้วยพลู
จังหวัดนครปฐม

Patthanunt Yosaravuthvarakul M.D.,
Thai Board of Family Medicine
Huayplu Hospital,
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวม ในเขตชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ในด้านต่างๆ ครอบคลุมสภาวะทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ในชุมชน ช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2559 กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 361 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับขั้นครอบคลุมทั้งพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้ มาประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัญหาในด้านต่างๆ ระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มอายุระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในด้านต่างๆ กับเพศของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคแอสควร์

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมในการวิจัยทั้งหมด 361 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.2 อยู่ในสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.5 ใช้สิทธิการรักษาโดยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 84.3 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 96.3 มีรายได้ของครอบครัว/เดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 32.7 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.9

การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมทางกาย พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 33.3) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเกิดต่อกระดูกสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 50-59 ปี (ร้อยละ 73.3 กับ 26.7) และพบว่าการทำกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายแบบปานกลางต่อเนื่อง อย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์) มีความสัมพันธ์กับช่วงอายุของผู้สูงอายุ (ระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินทางจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับปานกลาง - แย่มาก สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 50-59 ปี (ร้อยละ 66.4 กับ 33.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการประเมินทางสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรู้สึกโดดเดี่ยวมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 50-59 ปี

(ร้อยละ 78.7 กับ 21.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ประสบปัญหาขาดผู้นำส่ง เมื่อไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเองได้ มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54 กับ 46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ชุมชนห้วยพลู ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Objective: This study was performed to compare the findings of Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) of older adults who were living in Huayplu community, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province in three domains, including biological, psychological and social aspects.

Methods: A cross-sectional study was performed in 361 older adults aged 50 years and older, living in Huayplu community in January to March, 2016. All participants were included by multi-stage cluster sampling covered all regions of Huayplu community. Chi-square test was used for analysis the difference of associated factors between the older adults aged between 50 and 59 years and the older adults aged 60 years or older and, moreover, the difference between male and female.

Results: All participants were 361 older adults, most of them were female (58.2%), living together or married (67.5%), under universal coverage (84.3%), Thai race (96.3%), total family income less than 10,000 baht (32.7%) and educated in level of primary school (71.9%).

The results presented that for biological aspect; stroke was found in males more than females (66.7% and 33.3%), cataract was found in the older adults aged 60 years and older more than the older adults aged between 50 and 59 years (73.3% and 26.7%). The moderate-intensity activity and exercise continuous 10 minutes in one week was associated with the age interval of the older adults (between 50-59 years group and 60 years and older group) at the significant level of .05.

For psychological aspect, the older adult aged 60 years and older reported that their quality of life in the moderate to severe level more than the older adults aged between 50 and 59 years at the significant level of .05. Regarding to social aspect, the older adults aged 60 years and older reported that they felt loneliness higher than the older adults aged between 50 and 59 years (78.7% and 21.3%) at the significant level of .005. Finally, the female older adults had the problems about no caregiver carrying them to see the doctors when they could not go by themselves which was higher than the male older adults (54% and 46%) at the significant level of .05.

Keywords: CGA (Comprehensive Geriatric Assessment), Huayplu community, older adult

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างเต็มรูปแบบ (aging society) มีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว¹ โดยเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ประชากรที่อายุเกิน 60 ปี มีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด จากตัวเลขของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 64.5 ล้านคน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.57 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายถึง ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (aged society) ประชากรผู้สูงอายุ จึงเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแล เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ไปในทางเสื่อมถอย แต่หากผู้สูงอายุยังมีสุขภาพแข็งแรง ก็จะเป็นพลังของครอบครัว ชุมชน และสังคม มากกว่าการเป็นภาระ จึงต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งสังคมผู้สูงอายุในชุมชน¹ การศึกษาในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับการประเมินผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวม²⁻⁷ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นที่ดีในการค้นหาปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง แล้วเชื่อมต่อข้อมูลสู่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด⁸ สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการปรับเปลี่ยน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน และอนาคต¹

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (CGA) ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
2. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมทางกาย ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินสุขภาพทางกายทั่วไปของผู้สูงอายุ

2.2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ

2.3 การประเมินโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

3. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมทางจิตใจ เช่น อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกอยากทำร้ายตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต
4. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาวะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมและชุมชน ความปลอดภัยในชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัญหาในด้านต่างๆ ระหว่างผู้สูงอายุในกลุ่มอายุระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในด้านต่างๆ กับเพศของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจร่างกาย และการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบตามลำดับขั้น (multi-stage cluster sampling) ครอบคลุมทั้งพื้นที่ของชุมชนห้วยพลู ในช่วง 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2559 นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณด้วยโปรแกรมทางสถิติ SPSS version 13 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ Chi-square test และการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้สูงวัยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.2 อยู่ในสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 67.5 ใช้สิทธิการรักษา

โดยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 84.3 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 96.3 มีรายได้ของครอบครัว/เดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 32.7 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทางสังคม	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ		P
		ชาย N (ร้อยละ)	หญิง N (ร้อยละ)		<60 N (ร้อยละ)	≥60 N (ร้อยละ)	
เพศ	361					359	
ชาย	151 (41.8)				50 (33.6)	99 (66.4)	0.033
หญิง	210 (58.2)				94 (44.8)	116 (55.2)	
สถานภาพสมรส	345	345				343	
โสด	40 (11.6)	20 (50)	20 (50)	0.549	21 (52.5)	19 (47.5)	0.044
สมรส/อยู่ด้วยกัน	233 (67.5)	95 (40.8)	138 (59.2)		95 (41.1)	136 (58.9)	
แยกกันอยู่/หย่า	72 (20.9)	30 (41.7)	42 (58.3)		21 (29.2)	51 (70.8)	
สิทธิการรักษาพยาบาล	350	350				348	
ประกันสุขภาพ	295 (84.3)	127 (43.1)	168 (56.9)	0.335	123 (42)	170 (58)	0.022
ถ้วนหน้า							
ประกันสังคม	19 (5.4)	5 (26.3)	14 (73.7)		11 (57.9)	8 (42.1)	
สวัสดิการข้าราชการ	36 (10.3)	14 (38.9)	22 (61.1)		8 (22.2)	28 (77.8)	
ที่อยู่อาศัย	342	342				340	
ในเขตเทศบาล	89 (26)	39 (43.8)	50 (56.2)	0.609	39 (44.3)	49 (55.7)	0.408
นอกเขตเทศบาล	253 (74)	103 (40.7)	150 (59.3)		99 (39.3)	153 (60.7)	
เชื้อชาติ	350	350					
ไทย	337 (96.3)	144 (42.7)	193 (57.3)	0.012	134 (40)	201 (60)	0.036
อื่นๆ	13 (3.7)	1 (7.7)	12 (92.3)		9 (69.2)	4 (30.8)	
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน	315	315				313	
<10,000	103 (32.7)	39 (38.2)	63 (61.8)	0.639	39 (38.2)	63 (61.8)	0.097
10,001-20,000	143 (45.4)	55 (38.5)	88 (61.5)		55 (38.5)	88 (61.5)	
>20,000	69 (21.9)	36 (32.9)	32 (47.1)		36 (32.9)	32 (47.1)	
การศึกษาสูงสุด	351	315				349	
<ประถมศึกษา	48 (13.1)	23 (47.9)	25 (52.1)	0.154	13 (27.1)	35 (72.9)	0.053
ประถมศึกษา	264 (71.9)	112 (42.4)	152 (57.6)		106 (40.3)	157 (59.7)	
>ประถมศึกษา	39 (10.6)	11 (28.2)	28 (71.8)		20 (52.6)	18 (47.4)	

2. ผลการประเมินผู้สูงวัยแบบองค์รวม ด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัญหาในด้านต่างๆ ระหว่างผู้สูงวัยในกลุ่มอายุระหว่าง 50 - 59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในด้านต่างๆ กับเพศของผู้สูงวัย

2.1 การประเมินสุขภาพทางกายทั่วไปของผู้สูงวัย

ผลการวิจัยพบว่า ความลำบากในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีมวลกาย การมองเห็น และการได้ยินเสียง ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และช่วงอายุของผู้สูงวัย (ระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินสุขภาพทางกายทั่วไปของผู้สูงวัย

สุขภาพทางกาย	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ (ปี)		P
		ชาย จำนวน (ร้อยละ)	หญิง จำนวน (ร้อยละ)		50-59 จำนวน (ร้อยละ)	≥60 จำนวน (ร้อยละ)	
ความลำบากในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	353	353			351		
ไม่มี	200 (56.7)	82 (41)	118 (59)	0.357	81 (40.7)	118 (59.3)	0.291
เล็กน้อย	89 (25.2)	43 (48.3)	46 (51.7)		40 (45.5)	48 (54.5)	
ปานกลาง-รุนแรง	64 (18.1)	24 (37.5)	40 (62.5)		21 (32.8)	43 (67.2)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)	296	295			293		
<18.5	27 (9.1)	10 (38.5)	16 (61.5)	0.444	11 (42.3)	15 (57.7)	0.339
18.5-22.9	112 (37.8)	48 (42.9)	64 (57.1)		36 (32.4)	75 (67.6)	
23-24.9	59 (19.9)	25 (42.4)	34 (57.6)		26 (44.1)	33 (55.9)	
25-29.9	76 (25.7)	34 (44.7)	42 (55.3)		33 (44)	42 (56)	
>30	22 (7.4)	5 (22.7)	17 (77.3)		11 (50)	11 (50)	
การมองเห็น							
ระยะไกล	356	355			353		
ไม่มีปัญหา	218 (61.2)	86 (39.6)	131 (60.4)	0.262	89 (41.4)	126 (58.6)	0.487
มีปัญหา	138 (38.8)	63 (45.7)	75 (54.3)		52 (37.7)	86 (62.3)	
ระยะใกล้	355	354			352		
ไม่มีปัญหา	207 (58.3)	85 (41.3)	121 (58.7)	0.806	77 (37.6)	128 (62.4)	0.259
มีปัญหา	148 (41.7)	63 (42.6)	85 (57.4)		64 (43.5)	83 (56.5)	
การได้ยินเสียง							
ความดังปกติในระยะห่างประมาณ 3 เมตร	330	329			327		
ไม่ยากเลย	247 (74.8)	101 (41.1)	145 (58.9)	0.688	94 (38.4)	151 (61.6)	0.763
มีความยากเล็กน้อยถึงมาก	83 (25.2)	32 (38.6)	51 (61.4)		33 (40.2)	49 (59.8)	

2.2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ ของผู้สูงวัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีการทำกิจกรรมทางกายแบบ ปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์) มากกว่ากลุ่มผู้สูงวัยที่มีอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 61.2 และ 38.8) และกลุ่มผู้สูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ออกกำลังกายแบบปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์) มากกว่ากลุ่มผู้สูงวัยที่มีอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 61.7 และ 38.3) โดยพบว่า

การทำกิจกรรมทางกายแบบปานกลางต่อเนื่อง อย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์) และการออก กำลังกายแบบปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์) มีความสัมพันธ์กับช่วงอายุของ ผู้สูงวัย (ระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัย เสี่ยงในด้านอื่นๆ ของผู้สูงวัยไม่มีความสัมพันธ์กับ เพศ และช่วงอายุของผู้สูงวัย (ระหว่าง 50-59 ปี และ กลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ ของผู้สูงวัย

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ (ปี)		P
		ชาย จำนวน (ร้อยละ)	หญิง จำนวน (ร้อยละ)		50-59 จำนวน (ร้อยละ)	≥60 จำนวน (ร้อยละ)	
ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	352	351			349		
ไม่ใช้	312 (88.6)	128 (41.2)	183 (58.8)	0.643	125 (40.5)	184 (59.5)	0.804
ใช้	40 (11.4)	18 (45)	22 (55)		17 (42.5)	23 (57.5)	
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	351	350			348		
ไม่ใช้	309 (88)	129 (41.9)	179 (58.1)	0.640	126 (41.2)	180 (58.8)	0.703
ใช้	42 (12)	16 (38.1)	26 (61.9)		16 (38.1)	26 (61.9)	
ใช้กัญชา	350	349			347		
ไม่ใช้	348 (99.4)	204 (58.8)	143 (41.2)	0.656*	141 (40.9)	204 (59.1)	0.652*
ใช้	2 (0.6)	1 (50)	1 (50)		1 (50)	1 (50)	
ใช้สารกลุ่มฝิ่น	354	353			351		
ไม่ใช้	353 (99.7)	146 (41.5)	206 (58.5)	0.586*	140 (40)	210 (60)	0.402*
ใช้	1 (0.3)	0 (0)	1 (100)		1 (100)	0 (0)	
ทานอาหารจานด่วน (ในช่วง 1 สัปดาห์)	345	344			342		
ไม่มีเลย	318 (92.2)	132 (41.6)	185 (58.4)	0.511	123 (39)	192 (61)	0.354
มากกว่า 1 ครั้ง	27 (7.8)	13 (48.1)	14 (51.9)		13 (48.1)	14 (51.9)	
น้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ (ในช่วง 1 สัปดาห์)	344	343			341		
ไม่มีเลย	134 (39)	50 (37.3)	84 (62.7)	0.258	54 (40.6)	79 (59.4)	0.301
บางครั้ง	162 (47.1)	75 (46.6)	86 (53.4)		68 (42.2)	93 (57.8)	
บ่อยครั้ง	48 (14)	19 (39.6)	29 (60.4)		14 (29.8)	33 (70.2)	

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ ของผู้สูงวัย (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ (ปี)		P
		ชาย จำนวน (ร้อยละ)	หญิง จำนวน (ร้อยละ)		50-59 จำนวน (ร้อยละ)	≥60 จำนวน (ร้อยละ)	
ทำกิจกรรมทางกายแบบ ปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์)	345	344			342		
ไม่ใช่	296 (85.8)	125 (42.4)	170 (57.6)	0.458	114 (38.8)	180 (61.2)	0.044
ใช่	49 (14.2)	18 (36.7)	31 (63.3)		26 (54.2)	22 (45.8)	
ออกกำลังกายแบบปาน กลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์)	335	334			332		
ไม่ใช่	279 (83.3)	118 (42.3)	161 (57.7)	0.753	106 (38.3)	171 (61.7)	0.046
ใช่	56 (16.7)	22 (40)	33 (60)		29 (52.7)	26 (47.3)	
เดินหรือขี่จักรยานต่อเนื่อง อย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์)	350	349			347		
ไม่ใช่	265 (75.7)	114 (43.2)	150 (56.8)	0.199	99 (37.8)	163 (62.2)	0.058
ใช่	85 (24.3)	30 (35.3)	55 (64.7)		42 (49.4)	43 (50.6)	

* = Fisher's exact Test

2.3. ผลการประเมินโรคเรื้อรังในผู้สูงวัย
ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงวัยเพศชายมีการ
เกิด Stroke มากกว่าผู้สูงวัยเพศหญิง (ร้อยละ 66.7
และร้อยละ 33.3) และผู้สูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
มีการเกิด cataract สูงกว่าผู้สูงวัยกลุ่ม 50-59 ปี

(ร้อยละ 73.3 กับ 26.7) ส่วนโรคเรื้อรังอื่นๆ ของ
ผู้สูงวัยไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และช่วงอายุของ
ผู้สูงวัย (ระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป)
ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินโรคเรื้อรังในผู้สูงวัย

โรคเรื้อรัง	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ (ปี)		P
		ชาย จำนวน (ร้อยละ)	หญิง จำนวน (ร้อยละ)		50-59 จำนวน (ร้อยละ)	≥60 จำนวน (ร้อยละ)	
HT	319	315			313		
No	179 (56.1)	71 (40.1)	106 (59.9)	0.831	78 (44.3)	98 (55.7)	0.206
Yes	140 (43.9)	57 (41.3)	81 (58.7)		51 (37.2)	86 (62.8)	
DM	318	314			312		
No	253 (79.6)	102 (40.8)	148 (59.2)	0.631	101 (40.6)	148 (59.4)	0.721
Yes	65 (20.4)	24 (37.5)	40 (62.5)		24 (38.1)	39 (61.9)	

ตารางที่ 4 แสดงผลการประเมินโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ (ต่อ)

โรคเรื้อรัง	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ (ปี)		P
		ชาย จำนวน (ร้อยละ)	หญิง จำนวน (ร้อยละ)		50-59 จำนวน (ร้อยละ)	≥60 จำนวน (ร้อยละ)	
Stroke	327	321			319		
No	302 (92.4)	115 (38.7)	182 (61.3)	0.007	118 (40)	177 (60)	0.521
Yes	25 (7.6)	16 (66.7)	8 (33.3)		8 (33.3)	16 (66.7)	
Asthma	287	282			281		
No	274 (95.5)	112 (41.6)	157 (58.4)	0.437	104 (38.8)	164 (61.2)	0.980
Yes	13 (4.5)	4 (30.8)	9 (69.2)		5 (38.5)	8 (61.5)	
Depression	299	294			292		
No	285 (95.3)	118 (42.1)	162 (57.9)	0.958	119 (42.8)	159 (57.2)	0.600
Yes	14 (4.7)	6 (42.9)	8 (57.1)		5 (35.7)	9 (64.3)	
LBP	305	299			297		
No	191 (62.6)	83 (43.9)	106 (56.1)	0.724	79 (41.8)	110 (58.2)	0.200
Yes	114 (37.4)	46 (41.8)	64 (58.2)		37 (34.3)	71 (65.7)	
Knee arthritis	340	334			332		
No	272 (80)	115 (43.1)	152 (56.9)	0.801	108 (40.8)	157 (59.2)	0.461
Yes	68 (20)	30 (44.8)	37 (55.2)		24 (35.8)	43 (64.2)	
Cataract	327	324			322		
No	265 (81)	113 (43)	150 (57)	0.778	109 (41.6)	153 (58.4)	0.032
Yes	62 (19)	25 (41)	36 (59)		16 (26.7)	44 (73.3)	

3. ผลการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมทางจิตใจ

ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับปานกลาง - แย่มาก สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 50-59 ปี (ร้อยละ 66.4

กับ 33.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการประเมินทางจิตใจด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และช่วงอายุของผู้สูงอายุ (ระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการประเมินทางจิตใจของผู้สูงวัย

สภาวะทางจิตใจ	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ (ปี)		P
		ชาย จำนวน (ร้อยละ)	หญิง จำนวน (ร้อยละ)		50-59 จำนวน (ร้อยละ)	≥60 จำนวน (ร้อยละ)	
คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือ ทำให้ครอบครัวผิดหวัง	324	319			317		
ไม่มีเลย	296 (91.4)	124 (42.6)	167 (57.4)	0.283	120 (41.5)	169 (58.5)	0.615
เคยมีความคิดนี้	28 (8.6)	9 (32.1)	19 (67.9)		13 (46.4)	15 (53.6)	
คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่า ถ้าตายไปคงดี	321	316			314		
ไม่มีเลย	310 (96.6)	126 (41.3)	179 (58.7)	0.284*	128 (97)	175 (96.2)	0.476*
เคยมีความคิดนี้	11 (3.4)	6 (54.5)	5 (45.5)		4 (3)	7 (3.8)	
นอนไม่หลับหลังจาก เข้านอนไปแล้ว 30 นาที	323	318			316		
ไม่มีเลย	194 (60.1)	82 (43.2)	108 (56.8)	0.173	78 (41.3)	111 (58.7)	0.779
<1 ครั้ง/สัปดาห์	77 (23.8)	34 (44.2)	43 (55.8)		35 (45.5)	42 (54.5)	
1-3 ครั้ง/สัปดาห์	52 (16.1)	15 (29.4)	36 (70.6)		20 (40)	30 (60)	
พึงพอใจต่อการดำเนินชีวิต ในปัจจุบัน	354	353			351		
พึงพอใจมาก-มากที่สุด	281 (79.4)	112 (39.9)	169 (60.1)	0.077	115 (41.1)	165 (58.9)	0.641
ไม่พึงพอใจ-พึงพอใจ	73 (20.6)	37 (51.4)	35 (48.6)		27 (38)	44 (62)	
ปานกลาง							
คิดว่าคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับใด	350	349			347		
ดี-ดีมาก	202 (57.7)	80 (39.6)	122 (60.4)	0.214	90 (44.8)	111 (55.2)	0.035
ปานกลาง-แย่มาก	148 (42.3)	68 (46.3)	79 (53.7)		49 (33.6)	97 (66.4)	
ให้คะแนนคุณภาพชีวิต	349	348			346		
1-5	63 (18.1)	33 (52.4)	30 (47.6)	0.208	22 (35.5)	40 (64.5)	0.124
6-8	246 (70.5)	98 (40)	147 (60)		97 (39.8)	147 (60.2)	
9-10	40 (11.5)	17 (42.5)	23 (57.5)		22 (55)	18 (45)	

* = Fisher's exact test

4. ผลการประเมินผู้สูงวัยแบบองค์รวมทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงวัยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรู้สึกโดดเดี่ยวมาก มากกว่าผู้สูงวัยกลุ่ม 50-59 ปี (ร้อยละ 78.7 กับ 21.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 และพบว่า ผู้สูงวัยเพศหญิง ประสบ

ปัญหาขาดผู้นำส่ง เมื่อไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเองได้ มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54 กับ 46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการประเมินทางสังคมด้านอื่นๆ ของผู้สูงวัยไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และช่วงอายุของผู้สูงวัย (ระหว่าง 50-59 ปี และกลุ่มที่อายุ 60 ปีขึ้นไป) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงผลการประเมินทางสังคมของผู้สูงอายุ

ทางสังคม ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		P	กลุ่มอายุ (ปี)		P
		ชาย จำนวน (ร้อยละ)	หญิง จำนวน (ร้อยละ)		50-59 จำนวน (ร้อยละ)	≥60 จำนวน (ร้อยละ)	
เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา		353			351		
	354	150 (42.5)	203 (57.5)		141 (40.2)	210 (59.8)	
ไม่เคย	73 (20.6)	35 (48.6)	37 (51.4)	0.495	33 (46.5)	38 (53.5)	0.216
1-2 ครั้ง/ปี	109 (30.8)	44 (40.4)	65 (59.6)		37 (33.9)	72 (66.1)	
>1 ครั้ง/เดือน	172 (48.6)	71 (41.3)	101 (58.7)		71 (41.5)	100 (58.5)	
กิจกรรมพบปะทางสังคม		355			353		
	356	149 (42)	206 (58)		142 (40.2)	211 (59.8)	
ไม่เคย	97 (27.2)	41 (42.7)	55 (57.3)	0.417	32 (33.7)	63 (66.3)	0.304
1-2 ครั้ง/ปี	130 (36.5)	49 (37.7)	81 (62.3)		54 (41.9)	75 (58.1)	
>1 ครั้ง/เดือน	129 (36.2)	59 (45.7)	70 (54.3)		56 (43.4)	73 (56.6)	
คุณกำลังรู้สึกโดดเดี่ยวมาก		356			354		
	357	149 (41.9)	207 (58.1)		141 (39.8)	213 (60.2)	
ไม่ใช่	308 (86.3)	131 (42.5)	177 (57.5)	0.511	131 (42.7)	176 (57.3)	0.005
ใช่	49 (13.7)	18 (37.5)	30 (62.5)		10 (21.3)	37 (78.7)	
รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่บ้านคนเดียว		355			353		
	356	148 (41.7)	207 (58.3)		141 (39.9)	212 (60.1)	
ไม่เลย-เล็กน้อย	44 (12.4)	18 (40.9)	26 (59.1)	0.964	18 (40.9)	26 (59.1)	0.925
ปานกลาง	72 (20.20)	31 (43.1)	41 (56.9)		30 (41.7)	42 (58.3)	
มาก-มากที่สุด	240 (67.4)	99 (41.4)	140 (58.6)		93 (39.2)	144 (60.8)	
รู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องเดินบนถนนกลางคืนคนเดียว		342			340		
	342	141 (41.2)	201 (58.8)		136 (40)	204 (60)	
ไม่เลย-เล็กน้อย	160 (46.8)	65 (40.6)	95 (59.4)	0.559	60 (37.5)	100 (62.5)	0.610
ปลอดภัยปานกลาง	97 (28.4)	37 (38.1)	60 (61.9)		42 (43.8)	54 (56.3)	
มาก-มากที่สุด	85 (24.9)	39 (45.9)	46 (54.1)		34 (40.5)	50 (59.5)	
ถ้าท่านไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเองได้มีใครสักคนพร้อมที่จะพาไปหรือไม่		354			352		
	355						
ไม่ใช่	139 (39.2)	48 (34.5)	91 (65.5)	0.032	60 (43.2)	79 (56.8)	0.293
ใช่	216 (60.8)	99 (46)	116 (54)		80 (37.6)	133 (62.4)	

วิจารณ์และสรุป

จากการประเมินผู้สูงวัยแบบองค์รวมในเขตชุมชนห้วยพลู เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

สรุปประเด็นที่สำคัญของปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การประเมินผู้สูงวัยแบบองค์รวมทางกาย

1.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบความชุกของโรคเรื้อรังที่ได้จากการวิจัยนี้กับผลสำรวจที่เคยมีในประเทศไทย¹ จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 - 2555 พบว่าโรคที่พบในชุมชนนี้ มีความชุกสูงกว่าของทั้งประเทศ คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.4/15.9) และโรคหลอดเลือดสมอง (7.6/ 3.5) ส่วนโรคเรื้อรังอื่นๆ มีความชุกใกล้เคียงกัน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (3.6 ห้วยพลู/ 3.9 ทั้งประเทศ) โรคถุงลมโป่งพอง (ความชุกเท่ากันคือร้อยละ 2) โรคหืด (4.5 ห้วยพลู/ 4.3 ทั้งประเทศ) โรคข้อเข่าอักเสบ (20 ห้วยพลู/ 19.8 ทั้งประเทศ) ความดันโลหิตสูง (43.9 ห้วยพลู/ 48 ทั้งประเทศ)¹ โรคหลอดเลือดสมอง พบความชุกในชุมชนนี้สูงกว่าของทั้งประเทศ (7.6/ 3.5)¹ และพบในผู้สูงวัยชายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 66.7, $p<.05$) ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาในประเทศทางยุโรป⁹ จึงเป็นสิ่งที่ควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป ว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงวัยในชุมชนห้วยพลูที่ทำให้ความชุกสูงและเกิดโรคในเพศชายมากกว่าคืออะไร

1.2 โรคต่อกระดูก พบสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูงวัยที่อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 73.3) ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการตรวจสุขภาพตาในผู้สูงวัย ที่ควรตรวจคัดกรองต่อกระดูกในผู้สูงวัยที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จึงจะได้รับประโยชน์สูงสุดและมีโอกาสพบผู้สูงวัยที่เป็นต่อกระดูกมากขึ้น

1.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยงในด้านต่างๆ

ของผู้สูงวัย พบการทากิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายแบบปานกลางต่อเนื่อง อย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์) ในกลุ่มอายุ 50- 59 ปี (ร้อยละ 54.2, 52.7) สูงกว่ากลุ่มอายุ ≥ 60 ปี (ร้อยละ 45.8, 47.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงวัยที่อายุมากขึ้น โดยเฉพาะ 60 ปีขึ้นไป มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงชัดเจน ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องคืออะไร? อาจเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากขึ้น หรือ ความเจ็บปวดทางร่างกาย หรืออื่นๆ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าจะทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

1.4 การใช้สารเสพติด ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงวัย ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศชายและหญิง ต่างจากข้อมูลที่เคยมีการศึกษาในประเทศไทย เมื่อ 10 ปี ก่อน ที่ว่าเพศหญิงใช้สารเสพติดน้อยกว่าเพศชาย¹⁰ อีกทั้งเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงวัยกลับไม่ได้ใช้สิ่งเสพติดเหล่านั้นลดลง จึงเป็นเรื่องที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเป็นอย่งยิ่งถึงสาเหตุ หรือแรงจูงใจ ในการใช้สารเสพติดดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น และกัญชา ในชุมชนห้วยพลู ซึ่งอยู่ใกล้เมืองใหญ่ และไม่ได้เป็นแหล่งเพาะปลูกพืชเหล่านั้นทั้งนี้อาจสัมพันธ์กับการอพยพเข้ามาทำงานของคนเชื้อชาติต่างๆ และจากประเทศเพื่อนบ้าน

2. การประเมินผู้สูงวัยแบบองค์รวมทางจิตใจ

2.1 คุณภาพชีวิต ผู้สูงวัยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับปานกลางถึงแย่มาก สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 66.4, $p<.05$) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในชุมชนเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายๆ ปัจจัย¹¹ ซึ่งต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

2.2 โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จากการศึกษา พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.7

ซึ่งน้อยกว่าข้อมูลที่มีในภาพรวมของประเทศไทย^{1,12} (ร้อยละ 5.7-9.3) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ อาจจะต่ำกว่าความชุกของโรคซึมเศร้าที่มีอยู่จริง ในประชากรสูงอายุ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากการถามถึงโรคซึมเศร้า ที่ผู้ป่วยทราบจากการวินิจฉัยของแพทย์ (Physician-Diagnosed Depression) ไม่ใช่ที่ได้จากการสอบถามด้วยชุดคำถามวินิจฉัยที่ใช้ในปัจจุบัน (9Q) อีกประการหนึ่ง อาจยังมีส่วนหนึ่งที่เป็นโรคซึมเศร้าอยู่ แต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็น การวิจัยในครั้งนี้ จึงให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่ง อาจยังไม่ได้รับการวินิจฉัย (underdiagnosed) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอื่นๆ¹³ นอกจากนี้ ยังพบผู้สูงอายุที่คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี ถึงร้อยละ 3.4

3. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

3.1 ความรู้สึกโดดเดี่ยวมากในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรู้สึกโดดเดี่ยวมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่ม 50-59 ปี (ร้อยละ 78.7 กับ 21.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับข้อมูลภาวะการแยกกันอยู่ หรือเป็นหม้ายซึ่งพบสูงกว่าในผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับกลุ่ม 50-59 ปี (ร้อยละ 70.8 กับ 29.2) และเป็นไปในทำนองเดียวกับความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง-แย่มาก สูงกว่าในผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุกลุ่ม 50-59 ปี (ร้อยละ 66.4 กับ 33.6)

3.2 การขาดผู้นำส่งเมื่อไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเองได้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงประสบปัญหานี้มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54 กับ 46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจเกิดจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีบทบาทเป็นผู้ดูแล (caregiver) ในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ แต่เมื่อตนเองเจ็บป่วย

เองบ้าง กลับไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากปัจจุบันพบว่าหลายครอบครัวลูกไปทำงานต่างจังหวัด และปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่กันเองตามลำพังกับหลานที่ยังเล็กอยู่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรตรวจคัดกรองตาหาต่อกระจกเฉพาะในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น เนื่องจากพบความชุกมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุ 50-59 ปีอย่างชัดเจน

2. ควรดำเนินการหารถรับส่งฉุกเฉินเพื่อบริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหรือตรวจดูการเข้าถึงบริการ เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาในเรื่องนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากกลุ่มวัยนี้มีการทำกิจกรรม ทางกายและการออกกำลังกายแบบปานกลางต่อเนื่อง อย่างน้อย 10 นาที (ในช่วง 1 สัปดาห์) น้อยกว่ากลุ่มวัย 50-59 ปี

4. ชุมชนหรือชมรมต่างๆ ควรเข้าไปจัดกิจกรรม ให้ความช่วยเหลือ หรือหาแนวทางแก้ไขในเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่แย่ และความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื่องจากพบว่าเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอาจจะมีผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน

5. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมในแต่ละพื้นที่ มีความสำคัญมาก ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ควรนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสถานะของผู้สูงอายุ มาประมวลหาปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้ดำเนินการแก้ไขให้ตรงประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในชุมชนห้วยพลู

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชุมชนห้วยพลู

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลให้ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี มีการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณครอบครัว และผู้สูงอายุที่บ้านที่คอยอยู่เคียงข้าง และให้กำลังใจ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกๆ ท่าน ณ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้การทำวิจัย และอื่นๆ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยพลู ท่านสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดีในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลห้วยพลู และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลของผู้สูงอายุ และให้ความช่วยเหลือในการเก็บ และบันทึกผลข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ สปสช. ที่สนับสนุนงบประมาณในการเก็บข้อมูลทำวิจัย รวมทั้งคณะเพื่อนแพทย์ในโครงการ ที่ร่วมกันทำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่าน ที่สละเวลาตอบแบบสอบถามจำนวนมากด้วยความอดทน และมีน้ำใจอย่างยิ่ง ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในเขตชุมชนห้วยพลู หรือในชุมชนอื่นๆ ได้บ้างตามสมควร

เอกสารอ้างอิง

1. เอกราช เพิ่มศรี และคนอื่นๆ, บรรณาธิการ. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. นนทบุรี: สถาบันสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, et al. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol* 2012;13:e437-44.
3. Araki A. Comprehensive geriatric assessment in older patients with diabetes mellitus. *Nihon Rinsho* 2013;71:1907-12.
4. Krishnan M, Beck S, Havelock W, et al. Predicting outcome after hip fracture: using a frailty index to integrate comprehensive geriatric assessment results. *Age Ageing* 2014;43(1):122-6.
5. Merli F, Luminari S, Rossi G, et al. Outcome of frail elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma prospectively identified by Comprehensive Geriatric Assessment: results from a study of the Fondazione Italiana Linfomi. *Leuk Lymphoma* 2014;55:38-43.
6. Miura H, Satake S, Fujisawa M, et al. Comprehensive geriatric assessment for management of the elderly with diabetes mellitus. *Nihon Rinsho* 2006;64:106-11.
7. Potter JF. Comprehensive geriatric assessment in the outpatient setting: population characteristics and factors influencing outcome. *Exp Gerontol* 1993;28:447-57.
8. จิตติมา บุญเกิด. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2552;1:32-6.

9. Orlandi G, Gelli A, Fanucchi S, et al. Prevalence of stroke and transient ischaemic attack in the elderly population of an Italian rural community. *Eur J Epidemiol* 2003;18:879-82.
10. Aekplakorn W, Hogan MC, Tiptaradol S, et al. Tobacco and hazardous or harmful alcohol use in Thailand: joint prevalence and associations with socioeconomic factors. *Addict Behav* 2008;33:503-14.
11. Konagaya Y, Watanabe T, Ohta T, et al. Relationship between quality of life and chronic illnesses in community-dwelling elderly people. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2010;47:308-14.
12. Kosulwit L. Mental health status, including depression and quality of life among members of an elderly club in suburban Bangkok. *J Med Assoc Thai* 2012;95 Suppl 1:S92-101.
13. Østbye T, Kristjansson B, Hill G, et al. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Dis Can* 2005;26:93-9.