การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ในเครือข่ายโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

พัทธนันท์ ยศราวุธวรกุล พ.บ., โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม
อัญชลี โฆษิตชัยมงคล พย.บ., โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม
มาริสา ประทุมมา วท.ม. โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome), โรคร่วมของผู้สูงอายุและพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในชุมชน ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 – พฤษภาคม 2567 กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 439 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับขั้นครอบคลุมทั้งพื้นที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยมีผู้สอบถาม (face to face question-naire) นำข้อมูลที่ได้มาประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม และความสัมพันธ์ของปัจจัยเพศและกลุ่มอายุกับกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมในการวิจัยทั้งหมด 439 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.8 ผลการศึกษาการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, , และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 54.7, 24.5, 9.7, 5.8, และ 3.5 ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ร้อยละ 10.0 และ 9.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีผลทดสอบผิดปกติจากการทำแบบทดสอบด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Time up and Go Test), การทดสอบด้านการได้ยิน (Finger rub test), มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็ง,มีภาวะน้ำหนักลด และมีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือราด ที่ร้อยละ 8.2, 18.2, 33.5, 13.9 และ 8.0 ตามลำดับและสัมพันธ์กับช่วงอายุผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับดวงตาร้อยละ 42.1 ซึ่งสัมพันธ์กับเพศ

คำสำคัญ: การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผู้สูงอายุ กลุ่มอาการสูงอายุ

Corresponding author: พัทธนันท์ ยศราวุธวรกุล โทรศัพท์ 096-8905149 E-mail: patthanunt2559 @gmail
โรงพยาบาลห้วยพลู 1/1 ม.1 ต.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120

Comprehensive Geriatric Assessment Among Elderly in Huayploo Hospital Network, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province

Patthanunt Yosaravuthvarakul M.D., Huayploo Hospital, Nakhon Pathom Province
Anchalee Kositchimongkol B.N.S., Huayploo Hospital, Nakhon Pathom Province
Marisa Pratoomma M.S. Huayploo Hospital, Nakhon Pathom Province

Abstract

This study aimed to perform Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) of elderly people who were living in the responsibility area of Huayplu hospital, Nakhon Chai Si district, Nakhon Pathom province. The study also explored the factors associated with geriatric syndromes. A cross-sectional study was performed in November 2023 to May 2024. 439 samples were recruited using multi-stage cluster sampling. Data collected by face to face questionnaire. Data were analysed using descriptive statistic; frequency, proportion. Chi-square test were used for analysis the association with gender and age group.

Results: All participants were 439 elderly people, most of them were female (65.8%), The result presented that the elderly people had hypertension, diabetic mellitus, stroke, ischemic heart disease and depression 54.7%, 24.5%, 9.7%, 5.8%, and 3.5% respectively. The elderly people had the behavior of alcoholic drinking and smoking 10.0 % and 9.9 % respectively. The elderly people had abnormal Time Up and Go Test, Finger Rub Test, had chewing difficulty, weight loss and urinary incontinence at 8.2%, 18.2%, 33.5%, 13.9% and 8.0% respectively. As well as associated with sex, they had eye problems about 42.1%.

Keywords: CGA (Comprehensive Geriatric Assessment), elderly people, Geriatric Syndrome

บทนำ

เมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะเริ่มมีการเสื่อมถอยลง สภาวะของการเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ในผู้สูงอายุ เรียกโดยรวมว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งมีความหลากหลายครอบคลุมทุกระบบ ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทและสมอง ซึ่งพบว่า กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใด อวัยวะหนึ่ง ทั้งยังเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพรวมกัน[1-4]

เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพดังที่ได้กล่าวมา จึงทำให้ประชากรในกลุ่มนี้มีโอกาสจะเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและร่างกายมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเฉียบพลันการเจ็บป่วย เรื้อรัง และอุบัติเหตุ ซึ่งต้องใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาโรคมากกว่ากลุ่มประชากรอื่น[2] มีอัตราการครองเตียงที่สูง เพิ่มความเสี่ยงในการเจ็บป่วยรุนแรงและต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อีกทั้งการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุก็มีความซับซ้อนและต้องการการประเมินปัจจัยทางสุขภาพหลายด้าน และดูแลอย่างครอบคลุม จึงทำให้สังคม ชุมชน และครอบครัว ต้องรับภาระในการดูแลคนกลุ่มนี้มากขึ้น ดังนั้นแล้วการสร้างเสริมสุขภาพและป้องโรคในผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญมากที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งในทางการแพทย์และทางเศรษฐศาสตร์ อย่างไรก็ตาม การวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องโรค ในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต้องมีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเสียก่อน[2]

ประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม มีจำนวน 46,187 คน เป็นผู้สูงอายุ 11,086 คน คิดเป็นร้อยละ 24 จัดว่าเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (completely aged society) ประกอบกับในปี พ.ศ.2566 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายประเมินสุขภาพ 9 ด้านเป็นของขวัญให้กับผู้สูงอายุทั่วประเทศอย่างน้อย 10 ล้านคน ซึ่งการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้านประกอบด้วย 1.ด้านความคิด ความจำ: Mini-cog 2.ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย: Time Up and Go Test, ข้อคำถามประวัติหกล้ม 3.ด้านการขาดสารอาหาร: ข้อคำถามการขาดสารอาหาร 4. ด้านการมองเห็น: ข้อคำถามการมองเห็น 5.ด้านการได้ยิน: Finger rub Test 6.ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: 2Q plus 7.ด้านการกลั้นปัสสาวะ: ข้อคำถามการกลั้นปัสสาวะ 8.ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน: ข้อคำถามกิจวัตรประจำวัน และ 9.ด้านสุขภาพช่องปาก: ข้อคำถามสุขภาพช่องปาก[5] จึงสมควรที่จะต้องมีการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม[2] เพื่อประโยชน์ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อประเมินผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวม ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome), โรคร่วมของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศและกลุ่มอายุต่อกลุ่มอาการสูงอายุ

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในชุมชนห้วยพลู การเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 – พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยพลูมีทั้งหมด 11,086 คน กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวน 439 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (อ้างตามสุมาลี โพธิปัสสา)[6]

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

e = ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดให้ไม่เกิน0.05

N = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตชุมชนห้วยพลู 11,086 คน

เมื่อแทนค่าในสูตร ได้ขนาดตัวอย่าง = 386.06 คำนวณขนาดตัวอย่างเผื่อความไม่ครบถ้วนของข้อมูล 12% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 439 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

โดยใช้วิธี multi-stage cluster sampling

1. แบ่งพื้นที่ในเขตชุมชนห้วยพลู 12 รพ.สต.เป็น 4 เขตพื้นที่ แต่ละพื้นที่มี 3 รพ.สต. รวมพื้นที่ในเขตตำบลห้วยพลูอีก 1 พื้นที่เป็น 5 เขตพื้นที่

2. สุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 โดยการจับฉลากรพ.สต. 1 แห่ง จาก 3 แห่งในแต่ละเขตพื้นที่ รวม 4 รพ.สต.

3. คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละเขตโดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากรสูงอายุในแต่ละเขตพื้นที่

4. สุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 สุ่มตัวอย่างในแต่ละรพ.สต. โดยใช้วิธี systemic sampling โดยจะมีลำดับรายชื่อของผู้สูงอายุในชุมชนเรียงตามอายุ แล้วนับ 1, 2, 3 ตามลำดับที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2. อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยพลู 3. สามารถสื่อสาร ด้วยการฟังและพูดภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างมาแล้ว ผู้วิจัยอธิบายโครงการเพื่อขอความยินยอม เจ้าหน้าที่รพ.สต.หรืออสม. ที่ผ่านการอบรมแล้ว จะเป็นผู้อธิบายการทำแบบสอบถาม ให้ลงนามใบยินยอม ตอบแบบสอบถาม และทำแบบทดสอบ Time up and go test

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนคือแบบสอบถามและเครื่องมือทดสอบความสามารถ

I. แบบสอบถามมี 4 ส่วนคือ

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติโรคร่วมของผู้สูงอายุ ดัชนีมวลกาย

2. แบบประเมิน 9 ด้านในผู้สูงอายุซึ่งเป็นการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุข[5]

3. แบบประเมินปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพและอาหารของผู้สูงอายุ[8]

4. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข[8] ประกอบด้วย

4.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living: BADL)

4.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน โดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (instrument activities of daily living: IADL)

แบบสอบถามได้รับการทดสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และผู้ทำการวิจัยได้ทำการอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และ อสม. เป็นเวลาประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนที่จะนำไปเก็บข้อมูลโดยการสอบถามตัวต่อตัว โรคร่วมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่รายงานโดยผู้ป่วยเอง(self-reported) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (try out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาซ (Cronbach's alpha co-efficient) อยู่ที่ 0.737

II. เครื่องมือทดสอบความสามารถ

1. Time up and Go Test ทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุนั่งที่เก้าอี้สูงประมาณเข่า มีท้าวแขน จากนั้นให้ลุกขึ้น แล้วเดินตรงไป 3 เมตร หมุนตัวแล้วเดินกลับมานั่งที่เดิม เก็บข้อมูลเวลาโดยเจ้าหน้าที่ ตัดความผิดปกติที่เวลา 12 วินาที

2. Finger rub test เป็นการคัดกรองการได้ยิน ผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้หน้าหูผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว) ทำทีละข้างทั้งหูขวาและหูซ้าย เกณฑ์การประเมิน ถ้าตอบ "ไม่ได้ยิน" หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่า หูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 55/2566 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติแบบพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และ สถิติไคสแควร์(Chi-square test) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 439 คน (อัตราความร่วมมือร้อยละ 100 แต่ว่าบางคนตอบไม่ครบทุกข้อ) พบว่าส่วนใหญ่เป็น ผู้สูงอายุตอนต้น(60-69ปี) ร้อยละ 56.9 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) และตอนปลาย (80ปีขึ้นไป) ร้อยละ 31.7 และ 11.4 ตามลำดับ เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.8 สถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกันร้อยละ

61.2 ใช้สิทธิการรักษา โดยบัตรประกันสุขภาพร้อยละ 85.9 เชื้อชาติไทยร้อยละ 100 มีรายได้ของครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า10,000 บาท ร้อยละ 52.7 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 61.8 ในด้านสังคมพบว่าผู้สูงอายุมีความไม่พียงพอของรายได้ร้อยละ 14.3 ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 6.2 โดยมีรายละเอียดจำแนกตามกลุ่มอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทางสังคม	รวม (ร้อยละ)	กลุ่มอายุ (ปี) 60-69 จำนวน (ร้อยละ)	70-79 จำนวน (ร้อยละ)	80 ขึ้นไป จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	**439**			
ชาย	150(34.2)	81(32.4)	52(37.4)	17(34.0)
หญิง	289(65.8)	169(67.6)	87(62.6)	33(66.0)
สถานภาพสมรส	**436**			
โสด	56(12.8)	40(16.1)	12(8.7)	4(8.0)
สมรส/อยู่ด้วยกัน	267(61.2)	159(64.1)	85(61.6)	23(46.0)
แยกกันอยู่/หม้าย	113(25.9)	49(19.8)	41(29.7)	23(46.0)
สิทธิการรักษาพยาบาล	**433**			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	372(85.9)	213(86.2)	117(85.4)	42(85.7)
ข้าราชการ	48(11.1)	24(9.7)	17(12.4)	7(14.3)
อื่นๆ	13(3)	10(4.1)	3(2.2)	0(0.0)
ที่อยู่อาศัย	**436**			
ในเขตเทศบาล	161(36.9)	90(36.1)	45(32.9)	26(52.0)
นอกเขตเทศบาล	275(63.1)	159(63.9)	92(67.1)	24(48.0)
รายได้ครอบครัว	**429**			
<10,000	226(52.7)	105(43.0)	83(61.0)	38(77.6)
10,001-20,000	133(31)	90(36.9)	35(25.7)	8(16.3)
>20,000	70(16.3)	49(20.1)	18(13.2)	3(6.1)
ความเพียงพอของรายได้	**433**			
เพียงพอ	371(85.7)	213(85.5)	119(87.5)	39(81.3)
ไม่เพียงพอ	62(14.3)	36(14.5)	17(12.5)	9(18.7)
การศึกษาสูงสุด	**435**			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	71(16.3)	32(12.9)	25(18.3)	14(28.6)
ประถมศึกษา	282(64.8)	158(63.5)	93(67.9)	31(63.3)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	82(18.9)	59(23.7)	19(13.9)	4(8.2)
อาชีพ	**408**			
เกษตรกร	149(36.5)	87(37.2)	52(40.3)	10(22.2)
ไม่ได้ทำงานและอื่นๆ	259(63.5)	147(62.8)	77(59.7)	35(77.8)
CARE GIVER	**438**			
มี	411(93.8)	234(93.6)	130(93.5)	47(95.9)
ไม่มี	27(6.2)	16(6.4)	9(6.5)	2(4.1)

จากการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้คิด และ ความคิด ความจำบกพร่องจากการประเมินด้วย Mini-cog ร้อยละ 61.5 การประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม(Time Up and Go Test) พบว่าทำไม่ได้ร้อยละ 8.2 โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มอายุ (p <0.001) และระหว่างเพศ(p= 0.05) มีประวัติการหกล้มภายใน 6 เดือนพบร้อยละ 13.7 ประวัตินำ้หนักลดมากกว่า 3 กก.ใน 3 เดือนพบร้อยละ 8.0 พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ (p=0.04) ประวัติความอยากอาหารลดลงพบร้อยละ 9.8 มีประวัติการมีปัญหาเกี่ยวกับดวงตาพบร้อยละ 42.1 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ (p=0.02) ทดสอบการได้ยิน(Finger Rub Test) พบความผิดปกติร้อยละ 18.2 คัดกรองภาวะซึมเศร้า(2Q) พบความผิดปกติร้อยละ 9.6 มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือราดร้อยละ 13.9 มีความแตกต่างในระหว่างกลุ่มอายุ (p=0.02) การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน(ADL) พบความผิดปกติร้อยละ 1.8 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระหว่างกลุ่มอายุ (p=0.04) ความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งพบร้อยละ 33.5 โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระหว่างกลุ่มอายุ (p=0.002) มีอาการเจ็บปวดในช่องปากพบร้อยละ 14.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลุ่มอาการสูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอาการสูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		p-value	กลุ่มอายุ			p-value
		ชาย n(%)	หญิง n(%)		60-69 n(%)	70-79 n(%)	80 ขึ้นไป n(%)	
Mini-Cog	**439**							
ปกติ (คะแนน 4-5)	169(38.5)	93(62.0)	177(61.3)	0.88	106(42.4)	50(36.0)	13(26.0)	0.07
ผิดปกติ(คะแนน 0-3)	270(61.5)	57(38.0)	112(38.7)		144(57.6)	89(64.0)	37(74.0)	
Time Up and GO Test	**439**							
ทำได้ (≤ 12วินาที)	403(91.8)	143(95.3)	260(90.0)	0.05	242(96.8)	125(89.9)	36(72.0)	<0.001
ทำไม่ได้	36(8.2)	7(4.7)	29(10.0)		8(3.2)	14(10.1)	14(28.0)	
ประวัติหกล้มภายใน6เดือน	**439**							
ไม่มี	379(86.3)	136(90.7)	243(84.1)	0.05	218(87.2)	122(87.8)	39(78.0)	0.19
มี	60(13.7)	14(9.3)	46(15.9)		32(12.8)	17(12.2)	11(22.0)	
น้ำหนักลด>3กก.ใน3เดือน	**439**							
ไม่มี	404(92.0)	136(90.7)	268(92.7)	0.45	237(94.8)	124(89.2)	43(86.0)	0.04
มี	35(8.0)	14(9.3)	21(7.3)		13(5.2)	15(10.8)	7(14.0)	
มีความอยากอาหารลดลง	**439**							
ไม่มี	396(90.2)	135(90.0)	261(90.3)	0.92	226(90.4)	124(89.2)	46(92.0)	0.84
มี	43(9.8)	15(10.0)	28(9.7)		24(9.6)	15(10.8)	4(8.0)	
มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา	**439**							
ไม่มี	254(57.9)	98(65.3)	156(54.0)	0.02	151(60.4)	77(55.4)	26(52.0)	0.43
มี	185(42.1)	52(34.7)	133(46.0)		99(39.6)	62(44.6)	24(48.0)	
Finger Rub Test	**439**							
ปกติ	359(81.8)	126(84.0)	233(80.6)	0.23	215(86.0)	108(77.7)	36(72.0)	0.03
ผิดปกติ 1 ข้าง	43(9.8)	16(10.7)	27(9.3)		15(6.0)	20(14.4)	8(16.0)	
ผิดปกติ 2 ข้าง	37(8.4)	8(5.3)	29(10.1)		20(8.0)	11(7.9)	6(12.0)	

ตารางที่ 2 กลุ่มอาการสูงอายุจำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (ต่อ)

กลุ่มอาการสูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		p-value	กลุ่มอายุ			p-value
		ชาย n(%)	หญิง n(%)		60-69 n(%)	70-79 n(%)	80 ขึ้นไป n(%)	
คัดกรองภาวะซึมเศร้า(2Q) 439								
ปกติ	397(90.4)	136(90.67)	261(90.31)	0.90	227(90.8)	123(88.49)	47(94)	0.50
ผิดปกติ	42(9.6)	14(9.33)	28(9.69)		23(9.2)	16(11.51)	3(6)	
ภาวะปัสสาวะเล็ดหรือราด 439								
ไม่มี	378(86.1)	135(90)	243(84.08)	0.09	222(88.8)	119(85.61)	37(74.0)	0.02
มี	61(13.9)	15(10)	46(15.92)		28(11.2)	20(14.39)	13(26.0)	
ADL 433								
คะแนน 0-4	4(0.9)	2(1.4)	2(0.7)	0.74	0(0)	2(1.5)	2(4.0)	0.04
คะแนน 5-11	4(0.9)	1(0.7)	3(1.1)		1(0.4)	2(1.5)	1(2.0)	
คะแนน 12-20	425(98.2)	145(98.0)	280(98.2)		246(99.6)	132(97.1)	47(94.0)	
มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็ง 439								
ไม่มี	292(66.5)	103(68.7)	189(65.4)	0.49	183(73.2)	82(59.0)	27(54.0)	0.002
มี	147(33.5)	47(31.3)	100(34.6)		67(26.8)	57(41.0)	23(46.0)	
มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก 439								
ไม่มี	373(85.2)	129(86.0)	244(84.7)	0.72	215(86.4)	113(81.3)	45(90.0)	0.24
มี	65(14.8)	21(14.0)	44(15.3)		34(13.6)	26(18.7)	5(10.0)	

เมื่อพิจารณาโรคร่วม พบความชุกโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 9.7 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร้อยละ 5.8 โรคเบาหวานร้อยละ 24.5 โรคซึมเศร้าร้อยละ 3.5 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 54.7 จากระดับBMI พบผู้สูงอายุเป็นโรคอ้วนร้อยละ 34.3 และมีน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานร้อยละ 10.9 ทั้งนี้เพศและกลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงและความผิดปกติของ BMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โรคร่วมของผู้สูงอายุ

โรคร่วม (Comorbids)	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		p-value	กลุ่มอายุ			p-Value
		ชาย N (ร้อยละ)	หญิง N (ร้อยละ)		60-69 N (ร้อยละ)	70-79 N (ร้อยละ)	80 ขึ้นไป N (ร้อยละ)	
ความดันโลหิตสูง	**433**							
ไม่มี	196(45.3)	77(52.4)	119(41.6)	0.03	130(52.2)	50(37.0)	16(32.7)	0.003
มี	237(54.7)	70(47.6)	167(58.4)		119(47.8)	85(63.0)	33(67.3)	
เบาหวาน	**432**							
ไม่มี	326(75.5)	116(78.4)	210(73.9)	0.31	186(75.3)	99(73.3)	41(82.0)	0.48
มี	106(24.5)	32(21.6)	74(26.1)		61(24.7)	36(26.7)	9(18.0)	

ตารางที่ 3 โรคร่วมของผู้สูงอายุ (ต่อ)

โรคร่วม (Comorbids)	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		p-value	กลุ่มอายุ			p-value
		ชาย n (ร้อยละ)	หญิง n (ร้อยละ)		60-69 n (ร้อยละ)	70-79 n (ร้อยละ)	80 ขึ้นไป n (ร้อยละ)	
หลอดเลือดสมอง	**433**							
ไม่มี	391(90.3)	128(86.5)	263(92.3)	0.05	226(91.1)	120(88.2)	45(91.8)	0.61
มี	42(9.7)	20(13.5)	22(7.7)		22(8.9)	16(11.8)	4(8.2)	
หลอดเลือดหัวใจตีบ	**430**							
ไม่มี	405(94.2)	136(91.9)	269(95.4)	0.14	238(96.0)	122(91.0)	45(93.8)	0.14
มี	25(5.8)	12(8.1)	13(4.6)		10(4.0)	12(9.0)	3(6.2)	
ภาวะซึมเศร้า	**433**							
ไม่มี	418(96.5)	146 (98.7)	272 (95.4)	0.08	239(96.4)	131(96.3)	48(98.0)	0.85
มี	15(3.5)	2(1.3)	13(4.6)		9(3.6)	5(3.7)	1(2.0)	
BMI	**432**							
ต่ำกว่ามาตรฐาน	47(10.9)	13(8.78)	34(11.97)	0.002	24(9.72)	12(8.82)	11(22.45)	0.002
ปกติ	139(32.2)	56(37.84)	83(29.23)		71(28.74)	48(35.29)	20(40.82)	
น้ำหนักเกิน	98(22.7)	44(29.73)	54(19.01)		49(19.84)	41(30.15)	8(16.33)	
โรคอ้วน	148(34.3)	35(23.6)	113(39.8)		103(41.77)	35(25.7)	10(20.4)	

ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา หรือกาแฟบ่อยครั้ง ร้อยละ 39.1 ทานขนมหวานหรือเค้กบ่อยครั้งในช่วง 1 สัปดาห์ร้อยละ 16.5 ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 10.0 ยังสูบบุหรี่ร้อยละ 9.9 ทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยครั้งร้อยละ 3.9 ทานอาหารจานด่วนบ่อยครั้งร้อยละ 1.6 เดินหรือปั่นจักรยานต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีร้อยละ 52.5 ออกกำลังกายแบบปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ร้อยละ 52 ทำงานที่เป็นกิจกรรมทางกายแบบหนักต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ร้อยละ 26.2 ทำงานที่เป็นกิจกรรมทางกายแบบปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ร้อยละ 24.8 ออกกำลังกายแบบหนักต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ร้อยละ 24.6 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วง1สัปดาห์

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		p-value	กลุ่มอายุ			p-value
		ชาย n(%)	หญิง n(%)		60-69 n(%)	70-79 n(%)	80 ขึ้นไป n(%)	
ทานอาหารจานด่วน	**435**							
ไม่มีเลย	355(81.6)	132(88.6)	223(78.0)	0.01	203(81.5)	112(82.4)	40(80.0)	0.49
บางครั้ง	73(16.8)	17(11.4)	56(19.6)		40(16.1)	24(17.6)	9(18.0)	
บ่อยครั้ง	7(1.6)	0(0.0)	7(2.4)		6(2.4)	0(0.0)	1(2.0)	
ทานขนมหวาน/เค้ก	**436**							
ไม่มีเลย	121(27.8)	40(26.7)	81(28.3)	0.68	71(28.5)	35(25.6)	15(30.0)	0.71
บางครั้ง	243(55.7)	82(54.7)	161(56.3)		135(54.2)	78(56.9)	30(60.0)	
บ่อยครั้ง	72(16.5)	28(18.6)	44(15.4)		43(17.3)	24(17.5)	5(10.0)	
ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา หรือกาแฟ	**437**							
ไม่มีเลย	80(18.3)	14(9.4)	66(22.9)	<0.001	35(14.0)	33(23.9)	12(24.5)	0.08
บางครั้ง	186(42.6)	63(42.3)	123(42.7)		112(44.8)	52(37.7)	22(44.9)	
บ่อยครั้ง	171(39.1)	72(48.3)	99(34.4)		103(41.2)	53(38.4)	15(30.6)	
ทานอาหารที่มีไขมันสูง	**436**							
ไม่มีเลย	196(45)	59(39.6)	137(47.7)	0.21	109(43.8)	65(47.1)	22(44.8)	0.98
บางครั้ง	223(51.1)	85(57.1)	138(48.1)		130(52.2)	68(49.3)	25(51.0)	
บ่อยครั้ง	17(3.9)	5(3.3)	12(4.2)		10(4.0)	5(3.6)	2(4.1)	
ทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	**429**							
ไม่มีเลย	75(17.5)	18(12.4)	57(20.1)	0.14	44(18.1)	19(13.8)	12(25.0)	0.14
บางครั้ง	230(53.6)	83(57.2)	147(51.8)		133(54.7)	79(57.3)	18(37.5)	
บ่อยครั้ง	124(28.9)	44(30.4)	80(28.1)		66(27.2)	40(28.9)	18(37.5)	
ทำงานที่เป็นกิจกรรมทางกายแบบหนักต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (n=435)								
ไม่ใช่	321(73.8)	109(73.7)	212(73.9)	0.96	183(73.8)	98(71.0)	40(81.6)	0.35
ใช่	114(26.2)	39(26.4)	75(26.1)		65(26.2)	40(29.0)	9(18.4)	
ทำงานที่เป็นกิจกรรมทางกายแบบปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (n=436)								
ไม่ใช่	328(75.2)	110(74.3)	218(75.7)	0.75	185(74.3)	102(73.9)	41(83.7)	0.41
ใช่	108(24.8)	38(25.7)	70(24.3)		64(25.7)	36(26.1)	8(16.3)	
เดินหรือปั่นจักรยานต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (n=436)								
ไม่ใช่	207(47.5)	57(38.5)	150(52.1)	0.01	105(42.2)	66(47.8)	36(73.5)	<0.001
ใช่	229(52.5)	91(61.5)	138(47.9)		144(57.8)	72(52.2)	13(26.5)	
ออกกำลังกายแบบหนักต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (n=435)								
ไม่ใช่	328(75.4)	108(73.0)	220(76.7)	0.40	188(75.8)	97(70.3)	43(87.8)	0.05
ใช่	107(24.6)	40(27.0)	67(23.3)		60(24.2)	41(29.7)	6(12.2)	

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วง1สัปดาห์ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)	เพศ		p-value	กลุ่มอายุ			p-value
		ชาย n(%)	หญิง n(%)		60-69 n(%)	70-79 n(%)	80 ขึ้นไป n(%)	
ออกกำลังกายแบบปานกลางต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที (n=431)								
ไม่ใช่	207(48.0)	72(49.0)	135(47.5)	0.78	117(47.4)	58(42.7)	32(66.7)	0.02
ใช่	224(52.0)	75(51.0)	149(52.5)		130(52.6)	78(57.3)	16(33.3)	
ดื่มแอลกอฮอล์	432							
ไม่ใช่	389(90.0)	119(80.9)	270(94.7)	<0.001	214(85.9)	130(94.9)	45(97.8)	0.003
ใช่	43(10.0)	28(19.1)	15(5.3)		35(14.1)	7(5.1)	1(2.2)	
สูบบุหรี่	433							
ไม่ใช่	390(90.1)	113(76.4)	277(97.2)	<0.001	217(87.5)	127(92.0)	46(97.9)	0.06
ใช่	43(9.9)	35(23.6)	8(2.8)		31(12.5)	11(8.0)	1(2.1)	

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณา กลุ่มตัวอย่างที่ได้มามีความเป็นตัวแทนได้ดี เนื่องจากมีการสุ่มตัวอย่างเป็นลำดับขั้น แล้วเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุทั้งชุมชนของเขตห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม อาจใช้ข้อมูลที่มีในการวิจัยนี้ให้เป็นประโยชน์ได้ในกรณีที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน เช่น ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็ง หรือมีอาการปวดในช่องปาก Time up and Go Test, Finger Rub Test, และ Mini-cog

ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 56.9 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง(70-79 ปี) และตอนปลาย(80ปีขึ้นไป)ร้อยละ 31.7 และ 11.4 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ที่พบว่าเมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัยพบว่ามีผู้สูงอายุวัยต้น (60-69ปี) จำนวน7,645,141 คน (ร้อยละ 57.2) วัยกลาง (70 – 79 ปี) จำนวน 3,942,668 คน (ร้อยละ 29.5) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,770,942 คน (ร้อยละ 13.3)[7] จากการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุพบว่าผู้สูงอายุเคยมีประวัติการหกล้มภายใน 6 เดือนร้อยละ 13.7 ซึ่งน้อยกว่าประมาณการโดยทั่วไปซึ่งคาดว่าจะมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม[8] ทั้งนี้อาจเนื่องจากงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังแข็งแรง ร่วมกับการรายงานอุบัติการณ์ของภาวะหกล้ม มักต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นภาวะปกติของวัยสูงอายุ อุบัติการณ์ที่รายงานจึงมักให้ความสนใจ เฉพาะภาวะหกล้มที่มีการบาดเจ็บหรือต้องไปพบแพทย์[8] การคัดกรองภาวะซึมเศร้า(2Q) ในการศึกษานี้ พบความผิดปกติร้อยละ 9.6 และพบภาวะซึมเศร้า(Depression)ร้อยละ 3.5 ทั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศและช่วงวัยของผู้สูงอายุ ซึ่งความชุกนี้ต่ำกว่าที่เคยมีศึกษาในประเทศไทย[8]

รายงานจากการศึกษาของปิติคุณ เสตะปุระ[10] พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุมีค่าแตกต่างกันขึ้นกับแบบทดสอบที่ใช้ ในการประเมินภาวะซึมเศร้า และบริบท, ปัจจัยของผู้สูงอายุอื่นๆ[10] จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 โดยใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยรวมร้อยละ 0.08 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศชายร้อยละ 0.04 และ ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงร้อยละ 0.10 อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1 ต่อ 3.1[10] อย่างไรก็ตามในงานวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ซึ่งเป็นเพียง screening test และจากแบบสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรงจึงอาจพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าที่ พบในงานวิจัยของประเทศไทยที่ได้จากฐานข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ที่เป็นภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ พบภาวะปัสสาวะเล็ดหรือราดร้อยละ 13.9 และมีความสัมพันธ์กับอายุ สอดคล้องกับข้อมูลทางการแพทย์ที่พบว่าความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้จะเพิ่มขึ้นตาม

อายุทั้งเพศชายและ หญิง โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่ออายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป[8] ด้านปัญหาทางตา พบผู้สูงอายุมีปัญหาทางตาร้อยละ 42.1 ซึ่งน้อยกว่าที่เคยมีผู้ที่เคยศึกษามาที่พบว่ามีผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 ที่สายตาไม่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ (53.74%)เป็นผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งยังมีสายตาปกติดีอยู่ และอาจจะเกี่ยวเนื่องกับเครื่องมือที่ใช้ประเมินสายตา ว่าประเมินโดยจักษุแพทย์หรือโดยแพทย์ทั่วไปซึ่งใช้เพียง Snellen chart ประเมิน visual acuity test

ด้านโรคร่วมของผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 โดยกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และโครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10 โรคซึมเศร้าร้อยละ 1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีภาวะอ้วน หรือเป็นโรคอ้วน ซึ่งพบว่าโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคซึมเศร้าเขตห้วยพลูพบผู้สูงอายุเป็นโรคดังกล่าวในสัดส่วนที่มากกว่าประชากรของประเทศ ในขณะที่ ผู้สูงอายุในเขตห้วยพลูพบความชุกของโรคอ้วนน้อยกว่าของประเทศมากสอดคล้องกับร้อยละของการออกกำลังกายเป็นประจำที่ห้วยพลูผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับทั้งประเทศร้อยละ 26[11] จากสถิติสุขภาพคนไทยปี 2564 พบความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20[12] งานวิจัยนี้พบร้อยละ 24.5 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50[12] ซึ่งใกล้เคียงกับในงานวิจัยนี้ที่พบร้อยละ 54.7 ค่าที่ใกล้เคียงกันในทั้งสองกลุ่มโรคอาจเนื่องมาจากข้อมูลได้มาจากการรายงานของผู้สูงอายุเอง (self report) เช่นกัน แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไปความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับการศึกษา ในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีความชุกที่สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและ เพศหญิงโดยสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี[13] สำหรับความชุก โรคหลอดเลือดสมองของห้วยพลูพบมากกว่าจังหวัดยโสธรที่พบผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.3 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบใน เพศชาย ร้อยละ 2.9 ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 1.7 คนที่อายุ70-79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป พบความชุกของโรคมากกว่าคนที่อายุ 60-69 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย[13] ในขณะที่ในเขตห้วยพลูไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศและไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ สำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ 1,140.31 ต่อประชากรแสนคนหรือร้อยละ 1.14 ปี พ.ศ. 2561 อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 1,396.40 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2561 อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี เท่ากับร้อยละ 50.31 กลุ่มอายุ 60-69 ปี เท่ากับร้อยละ 26.46[14-15] จากสถิติสุขภาพคนไทยปี 2564 พบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 2.3[12] แต่จากการศึกษาในเขตชุมชนห้วยพลูพบความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้สูงอายุร้อยละ 5.8 ค่าที่สูงกว่านี้อาจเป็นไปได้ว่าขึ้นกับวิธีการวินิจฉัยที่ในโรงพยาบาลชุมชนอาจจะยังไม่ได้รับการตรวจเพิ่มเติมจนได้ definite diagnosis แต่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก จึงรับรู้เข้าใจว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ จึงอาจมีส่วนหนึ่งที่ over diagnosis ได้ และไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับเพศและกลุ่มวัยของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลห้วยพลูมีพฤติกรรมการออกกำลังกายกันค่อนข้างมาก รวมถึงมีการปั่นจักรยาน และเดินมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมดอีกด้วย ซึ่งถือเป็นต้นทุนทางสุขภาพที่ดี ที่น่าชื่นชมและสนับสนุนให้ทำต่อไป รวมทั้งชักชวนผู้สูงอายุที่เหลือให้ทำตามแบบอย่างด้วย เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุเอง อย่างไรก็ตามยังพบผู้สูงอายุที่ยังดื่มเหล้าและสูบบุหรี่อีกประมาณร้อยละ 10 ซึ่งมากกว่าข้อมูลของประเทศในปี 2567 ที่รายงานว่ามีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำมีร้อยละ 2.9 และผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ประจำมีร้อยละ 8.0[7] ข้อมูลที่พบความชุกมากกว่าอาจเนื่องมาจากลักษณะของแบบสอบถามที่ไม่ได้ถามว่าดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ แต่ถามว่าท่านยังดื่มอยู่หรือไม่ ซึ่งในกลุ่มนี้อาจจะรวมไปถึงผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราวร่วมด้วย จากการศึกษานี้พบการดื่มมีความสัมพันธ์กับเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรส่งเสริมการรณรงค์การลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ในผู้สูงอายุเพศชายเป็นพิเศษ ด้านโภชนาการ พบว่าจากการสำรวจสถานภาพทางโภชนาการใน 4 ภาคของประเทศไทย โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

ที่กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร บ่งบอกถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน[8] โดยที่ผลจากการสำรวจในประเทศที่พัฒนาแล้วพบภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ของผู้สูงอายุในชุมชนได้ถึงร้อยละ 15[16] จากการศึกษาวิจัยนี้ พบผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร บ่งบอกถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงานต่ำกว่า โดยพบร้อยละ 10.9 ซึ่งพบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับอายุและเพศของผู้สูงอายุ

สรุปผลการศึกษา

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมพบว่าผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคซึมเศร้าร้อยละ 54.7, 24.5, 9.7, 5.8, และ 3.5 ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ร้อยละ 10.0 และ 9.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุพบความผิดปกติจากผลการทำแบบทดสอบด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Time up and Go Test) การทดสอบด้านการได้ยิน (Finger rub test), มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็ง, มีภาวะน้ำหนักลด มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือราดที่ร้อยละ 8.2, 18.2, 33.5, 13.9 และ 8.0 ตามลำดับและสัมพันธ์กับช่วงอายุ ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับดวงตาร้อยละ 42.1 ซึ่งสัมพันธ์กับเพศ

ข้อจำกัด

เครื่องมือบางเรื่องอาจยังไม่มีความถูกต้องหรือเหมาะสมมากนัก เช่น การประเมิน depression ด้วย 2Q ซึ่งเป็นเพียง screening test การสอบถามในบางเรื่องเช่น น้ำหนักลดหรือการหกล้ม อาจมี information bias ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีความจำคลาดเคลื่อนได้การเก็บข้อมูลโดยอสม.และเจ้าหน้าที่รพ.สต.ก็อาจมี information bias ได้ เนื่องจากใช้ผู้สอบถามหลายคน ความเข้าใจอาจจะไม่ตรงกัน แม้ว่าจะมีการอบรมก่อนนำไปสัมภาษณ์ก็ตาม หรือผู้สัมภาษณ์อาจถามนำจากการรับรู้ส่วนตัว มาช่วยเป็นข้อมูลของตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะ

สามารถทำการวิจัยเชิงลึกในแต่ละเรื่องของกลุ่มอาการสูงอายุ หรือโรคร่วม รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่สนใจ ต่อยอดได้โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากงานวิจัยนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุในชุมชนทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ เจ้าหน้าที่ อสม. และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์. ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment or Mild Neurocognitive Disorder). วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566; 1 : 392-398

2. วชิรนันท์ ศิริกุล การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (Community Geriatrics) เอกสารประกอบการสอนวิทยาการข้อมูล ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2566). เข้าถึงได้จาก https://w1.med.cmu.ac.th/commed/wp-content/uploads/2021/07/L7

3. สุมนทิพย์ ไพรสุวรรณา, จิตติมา บุญเกิด, นฤมล พระใหญ่, รุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร การประเมินโครงการ “คลินิกประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม” วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล 2553; 3 : 443-55

4. ลลิตา แก้ววิไล. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน:บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ.วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2565; 1: 135-152

5. ศูนย์บริการข้อมูลภาครัฐเพื่อประชาชน. สาธารณสุขประกาศปี 2566 เป็นปี “สูงวัยไทย” จัดบริการดูแลสุขภาพเป็นของขวัญปีใหม่.[เข้าถึงเมื่อ23ต.ค.2567].เข้าถึงได้จาก: https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox?projector=1

6. กุสุมาลี โพธิปัสสา. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ23ต.ค.2567] เข้าถึงได้จาก: https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20170109123049.pdf

7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564.พิมพ์ครั้งที่ 1กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาฯ อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น 2; 2565.

8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes). พิมพ์ครั้งที่ 1นนทบุรี: บริษัท อิส ออกัส จำกัด; 2558.

9. อรัญญา ตุ้ยคัมภีร์. เตรียมใจ รับมือ ซึมเศร้า เมื่อสูงวัย.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26 ต.ค. 2567].เข้าถึงได้จาก:https://www.chula.ac.th/cuinside/5149/

10. ปิติคุณ เสตะปุระ, ณัฐธกูล ไชยสงคราม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;3:1070-1084.

11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ผู้สูงอายุไทยป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ41.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealth.or.th/?p=274819

12. ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข .สถิติสุขภาพคนไทย.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=3302

13. สุวรรณี แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์, ถนอม นามวงศ์, การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565; 4: 195-204

14. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2562. .[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227084415.pdf

15. ปฐมพงษ์ กื๋อกระโทก. การประเมินสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการ ตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา..[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ1 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/journal-of-health-center-9/download?id=29609&mid=30425&mkey=m_document&lang=th&did=8924

16. ศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์ โรงพยาบาลกรุงเทพ. อย่ามองข้ามภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงวัย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567].เข้าถึงได้จาก: https://www.bangkokhospital.com/content/malnutrition-in-older-adults

รับต้นฉบับ: 6 สิงหาคม 2567, ได้รับบทความปรับปรุง: 11 ธันวาคม 2567, รับลงตีพิมพ์: 16 ธันวาคม 2567