



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน
ผสมผสานการแพทย์แผนไทยประยุกต์และส่งเสริมสุขภาพ (ระยะที่ 1)

The development of elderly health care model in the community : Integrated
by applied Thai traditional medicine and health promotion (Phase I)

โดย

อาจารย์ ดร.รัชชัย อภิเดชกุล	หัวหน้าโครงการ
อาจารย์ศิริรักษ์ กิจชนะไพบูลย์	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์ภนิกา วามนตรี	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์ไอลดา มูฮำหมัดอารี	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์สรายุทธ มงคล	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์ดารณี อ่อนชมจันทร์	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์จักรกฤษณ์ วัชรานนท์	ผู้ร่วมวิจัย
นายสุพจน์ เชาวสุวรรณวิไล	ผู้ช่วยนักวิจัย
นายนพรัตน์ จุวรรณ	ผู้ช่วยนักวิจัย

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดิน

ประจำปี พ.ศ. 2551 - 2553

สัญญาเลขที่ 10/2551

รหัสโครงการวิจัย 51207030010

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน
ผสมผสานการแพทย์แผนไทยประยุกต์และส่งเสริมสุขภาพ (ระยะที่ 1)

The development of elderly health care model in the community : Integrated
by applied Thai traditional medicine and health promotion (Phase I)

โดย

อาจารย์ ดร.รัชชัย อภิเดชกุล	หัวหน้าโครงการ
อาจารย์ศิวรักษ์ กิจชนะไพบุลย์	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์ณิศา วามนตรี	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์ไอลดา มุฮำหมัดอารี	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์สรายุทธ มงคล	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์ดารณี อ่อนชมจันทร์	ผู้ร่วมวิจัย
อาจารย์จักรกฤษณ์ วัชรราษฎร์	ผู้ร่วมวิจัย
นายสุพจน์ เชาวสุวรรณวิไล	ผู้ช่วยนักวิจัย
นายณพรัตน์ จุวรรณ	ผู้ช่วยนักวิจัย

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณแผ่นดิน

ประจำปี พ.ศ. 2551 - 2553

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ในการทำวิจัย เรื่อง “โครงการ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ผสมผสานการแพทย์แผนไทยประยุกต์และส่งเสริมสุขภาพ” ระยะที่ 1 (ปีที่ 1) ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยจากงบประมาณแผ่นดินปีงบประมาณ 2551 จำนวน 389,100 บาท (สามแสนแปดหมื่นเก้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) ซึ่งคณะผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

อนึ่ง ในกระบวนการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ตลอดจนคณาบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในครั้งนี้ จนประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์โครงการที่ได้ตั้งไว้ตั้งแต่เริ่มต้น ผู้ดำเนินการวิจัยต้องขอขอบพระคุณ คุณสุพจน์ เชาวสุวรรณวิไล และคุณนพรัตน์ จุวรรณ ที่เป็นผู้ช่วยงานวิจัยในโครงการนี้ที่ดำเนินการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ตามภารกิจของโครงการจนสำเร็จ

ท้ายสุดต้องขอขอบพระคุณผู้ใหญ่บ้านในเขตเทศบาลตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ทั้ง 7 หมู่บ้าน นายกเทศมนตรีตำบลปากอคำ หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลปากอคำ และหัวหน้าสถานีอนามัยโป่งมอญ ตลอดจนทั้งประธานผู้สูงอายุตำบลปากอคำที่อำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนผู้วิจัยสามารถรวบรวมงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ดร.รัชชัย อภิเดชกุล

31 พฤษภาคม 2552

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

โครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนผสมผสาน การแพทย์แผนไทยประยุกต์และส่งเสริมสุขภาพนี้มีระยะศึกษาทั้งหมด 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะที่ 1 (ปีที่ 1) เป็นการศึกษาโครงสร้างลักษณะชุมชน สิ่งแวดล้อม การดำรงชีวิต มิติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ระยะที่ 2 เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้ Bio-Markers ต่าง ๆ ในกลุ่มศึกษา และประเมินคุณภาพชีวิตตามแบบสอบถามที่พัฒนาจากขององค์การอนามัยโลก ระยะที่ 3 เป็นระยะที่การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในปี 2551 นี้ เป็นการดำเนินงานในระยะที่ 1 และบางส่วนของระยะที่ 2 งบประมาณได้รับสนับสนุนจากสำนักงานงบประมาณ จำนวน 389,100 บาท (สามแสนแปดหมื่นเก้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลป่าก่อคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จากจำนวนทั้งสิ้น 504 คน และสุ่มเลือก โดยวิธี Simple Random Sampling Technique จำนวน 212 คน เข้าสู่การศึกษา วิธีการศึกษาใช้ PAR (Participatory Action Research)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามและการเก็บสิ่งตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว แบบตรวจร่างกาย (Physical Examination) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนามาจากขององค์การอนามัยโลกและแบบประเมินสุขภาพทั่วไป (Thai General Health Questionnaire 28) พัฒนามาจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ส่วนการเก็บตัวอย่างเลือก จะเก็บตัวอย่างเลือดจำนวน 5 ซีซี ส่งตรวจห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลแม่จัน เพื่อตรวจวัดค่าทางชีวเคมีร่างกาย เช่น CBC, Cholesterol, Triglyceride, Glucose, SGPT, Uric Acid เป็นต้น

ผลการวิจัยพบว่าประชากรศึกษา ร้อยละ 54.23 เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือกลุ่มอายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 25.47) จำนวนครั้งของการแต่งงานสูงสุด 3 ครั้ง และจำนวนบุตรมากที่สุด 14 คน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีร้อยละ 39.62 และร้อยละ 32.07 มีประวัติการผ่าตัด โดยปกติเวลาไม่สบายจะเข้ารับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 100.00 โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาวและสถานีอนามัยตำบลป่าก่อคำ ระยะห่างจากบ้านไปยังสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 86.32 ห่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 กิโลเมตร และร้อยละ 98.15 ผู้สูงอายุมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การไปรับการรักษาพยาบาลมีญาติเป็นผู้นำส่งร้อยละ 56.13 และ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 66.03 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 500 บาท (ร้อยละ 91.98) และร้อยละ 48.58 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

ผู้สูงอายุร้อยละ 12.73 สูบบุหรี่ ระยะเวลาส่วนใหญ่คือ 41-50 ปี (ร้อยละ 59.25) และร้อยละ 16.98 ดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 42.10 รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ ผู้สูงอายุมีแหล่งน้ำบริโภคส่วนใหญ่เป็นบ่อบาดาล (ร้อยละ 58.01) และแหล่งน้ำอุปโภคส่วนใหญ่เป็นบ่อบาดาล (ร้อยละ 80.18) และมีส้วมใช้ ร้อยละ 99.52 และพบว่า ร้อยละ 8.49 มีแหล่งน้ำขังในบริเวณบ้าน ร้อยละ 97.58 มีสถานที่อยู่ปรุงอาหารต่ำกว่า 60 เซนติเมตรจากพื้น

ผลการตรวจทางชีวเคมีที่สำคัญ พบว่า ร้อยละ 17.55 มีค่า Cholesterol เท่ากับหรือมากกว่า 251 mg/dl และร้อยละ 26.75 พบค่า Triglyceride สูงกว่าหรือเท่ากับ 171 mg/dl และร้อยละ 26.75 พบค่า Glucose สูงกว่าหรือเท่ากับ 121 mg/dl ร้อยละ 11.45 และพบค่า Uric Acid ในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับ 7.1 mg/dl ร้อยละ 19.08

ในการดำเนินการวิจัยในระยะแรกได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ เป็นอย่างดี ทั้งจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ เทศบาลตำบลป่าก่อคำ สถานีอนามัยตำบลป่าก่อคำ สถานีอนามัยตำบลโป่งมอญ กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้การดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1 เป็นไปตามวัตถุประสงค์โครงการเป็นอย่างดี

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาวิจัยแบบชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาลักษณะวิถีชีวิต เชิงองค์ประกอบและมิติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พื้นที่ศึกษา คือ เทศบาลตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยคัดเลือกด้วยวิธี Simple Random Sampling Technique ได้จำนวน 212 คน จากทั้งหมด 504 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินจำนวน 4 ชุด และเก็บตัวอย่างเลือด จำนวน 5 ซีซี ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินข้อมูลสิ่งแวดล้อม แบบตรวจร่างกาย และแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยแบบสอบถามและแบบประเมินได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความตรงแล้ว

ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 54.23 เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือกลุ่มอายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 25.47) จำนวนครั้งของการแต่งงานสูงสุด 3 ครั้ง และจำนวนบุตรมากที่สุด 14 คน ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 39.62 และร้อยละ 32.07 มีประวัติการผ่าตัด โดยปกติเวลาไม่สบายจะเข้ารับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน ร้อยละ 100.00 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาวและสถานีนอนามัยตำบลปากอคำ ระยะห่างจากบ้านไปยังสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 86.32 ห่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 กิโลเมตร และร้อยละ 98.15 ผู้สูงอายุมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล การไปรับการรักษาพยาบาลมีญาติเป็นผู้นำส่งร้อยละ 56.13 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 66.03 และส่วนใหญ่มียาได้ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 500 บาท (ร้อยละ 91.98) และร้อยละ 48.58 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายुर้อยละ 12.73 สูบบุหรี่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ 41-50 ปี (ร้อยละ 59.25) และร้อยละ 16.98 ดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 42.10 รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ ผู้สูงอายุมีแหล่งน้ำบริโภคส่วนใหญ่เป็นบ่อน้ำบาดาล (ร้อยละ 58.01) และแหล่งน้ำอุปโภคส่วนใหญ่เป็นบ่อน้ำบาดาล (ร้อยละ 80.18) มีผิวไม้ ร้อยละ 99.52 และร้อยละ 8.49 มีแหล่งน้ำขังในบริเวณบ้าน ร้อยละ 97.58 ปรุงอาหารต่ำกว่า 60 เซนติเมตรจากพื้น ผลการตรวจทางชีวเคมีที่สำคัญ พบว่า ร้อยละ 17.55 มีค่า Cholesterol เท่ากับหรือมากกว่า 251 mg/dl ร้อยละ 26.75 พบค่า Triglyceride สูงกว่าหรือเท่ากับ 171 mg/dl พบค่า Glucose สูงกว่าหรือเท่ากับ 121 mg/dl ร้อยละ 11.45 และพบค่า Uric Acid ในเลือดสูงกว่าหรือเท่ากับ 7.10 mg/dl ร้อยละ 19.08

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรคำนึงถึงการพัฒนาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพร้อมๆ กัน เช่น การเข้าถึงบริการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ตลอดจนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การสร้างกระบวนการคัดกรองโรคที่สำคัญในชุมชน ตลอดจนการบริหารทรัพยากรชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

Abstract

The population transition with an increase of aging population has been a main public health problem in Thailand since the early 20th century. Many public health services for the elderly has been developed in all parts of the country without a clear or unified approach. The main objective of this study is to assess the health status of the elderly health status in rural areas of Thailand to develop a model for their health care.

These participatory action research aims to study the life styles, health status, and self-health care among elderly people who live in the semi-urban area in Chiang Rai Province, northern Thailand. The study population were a people of 60 years old and above selected by a simple random sampling technique. Total of 212 persons were recruited in to the study. The instruments of the study were questionnaires which compose of general questionnaire, WHOQOL (WHO quality of life), NRI (Nutrition Risk Index), and MHSE (Mental Health Status Examination), all of which had been tested for validity and reliability. Other instruments included a physical examination, and blood screening profiles.

54.23% were female, 25.47% were 70-74 years, the highest frequency of married were 3 times, 39.6% had history of medical conditions, and 32.07% had had surgical operation. Everyone used the hospitals or public health centers for their illnesses. 86.32% lived within 2 km. of a hospital 98.15% used the state social welfare insurance. 56.13% of carers were their own relatives. 91.985 had averager of income 500 baht per month, 48.58% were illiterate. 12.73% smoked, 59.25% had 41-50 years of smoking. 16.98 often drank alcohol, and 42.10% ate un-cook food. Biochemistry results showed that 17.55% had Cholesterol ≥ 251 mg/dl, 26.75% had Triglyceride ≥ 171 mg/dl, 11.45% had Glucose ≥ 121 mg/dl, and 19.08% had Uric acid ≥ 7.1 mg/dl.

The determinants for a model of elderly health care in the rural area should include for consideration such as risk behaviors (smoking, drinking, and eat un-cook food), environmental management, health screening to identify the diseases, and human resources management.

สารบัญเรื่อง (Table of Contents)

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	3
บทสรุปผู้บริหาร	4
บทคัดย่อภาษาไทย	6
Abstract	7
สารบัญ	8
สารบัญตาราง	10
สารบัญภาพ	11
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในงานวิจัย	12
บทที่ 1 บทนำ	13
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	13
วัตถุประสงค์	16
ขอบเขตการวิจัย	16
ทฤษฎีและกรอบแนวคิด	17
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
ภาวะผู้สูงอายุ	19
กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ	19
ความต้องการของผู้สูงอายุ	22
ปัญหาของผู้สูงอายุ	24
ไขมันในเลือด	25
ค่าปกติของไขมันในเลือด	26
ภาวะไขมันในเลือดกับผู้สูงอายุ	27
การตรวจเลือดดูหน้าที่ของตับ	28
คำนิยาม	30

สารบัญเรื่อง (Table of Contents)
(ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	33
ระเบียบวิธีการวิจัย	33
พื้นที่การศึกษา	34
กลุ่มประชากรศึกษา	35
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	35
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	36
บทที่ 4 ผลการศึกษาวิจัย	37
บทที่ 5 บทวิจารณ์	85
บทที่ 6 สรุปและข้อเสนอแนะ	92
เอกสารอ้างอิง	94
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก	97
ภาคผนวก ข	105
ภาคผนวก ค	115
ภาคผนวก ง	121
ภาคผนวก จ	129
ภาคผนวก ฉ	135

สารบัญตาราง (List of Tables)

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	37
ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคู่สมรสของผู้สูงอายุ	41
ตารางที่ 3 ข้อมูลของบุตร	43
ตารางที่ 4 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ปัจจุบัน	44
ตารางที่ 5 วิธีการจัดการเกี่ยวกับการเข้ารับบริการเมื่อไม่สบายของผู้สูงอายุ	47
ตารางที่ 6 พฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ	50
ตารางที่ 7 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม	52
ตารางที่ 8 ข้อมูลสุขภาพโภชนาการ	57
ตารางที่ 9 ผลการตรวจชีวเคมีร่างกาย ครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุ	59
ตารางที่ 10 ผลการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Examination)	65
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคุณสมบัติชีวเคมีร่างกายระหว่างเพศของผู้สูงอายุ	69
ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวเคมีแยกตาม กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ (ครั้งที่ 1)	73
ตารางที่ 13 ผลการประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ (Thai General Health Questionnaire 28)	77
ตารางที่ 14 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)	78

สารบัญภาพ (List of Illustrations)

เรื่อง	หน้า
รูปที่ 1 กรอบแนวคิด Phase I (ปีที่ 1)	17
รูปที่ 2 กรอบแนวคิด Phase II (ปีที่ 2 และปีที่ 3)	18



คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในงานวิจัย

อย.	=	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
WHO	=	World Health Organization
ADL	=	Activities of Daily Living
WHOQOL	=	WHO Quality of Life
NRI	=	Nutrition Risk Index
MHSE	=	Mental Health Status Examination
SEM	=	Structural Equation Modeling
WBC	=	White Blood Cell
NEU	=	Neutrophile
EOS	=	Eosynophile
BAS	=	Basophile
TRI	=	Triglyceride
LDL-C =	=	Low- density Lipoprotein
HDL-C =	=	High-density Lipoprotein
ALT	=	Alanine Aminotransferase
AST	=	Aspartate Aminotransferase
SGOT	=	Serum Glutamate Oxaloacetate Transaminase
SGPT	=	Serum Glutamic Pyruvic Transferase
PT	=	Prothrombin Time
BMI	=	Body Mass Index
FPG	=	Fasting Plasma Glucose
TC	=	Total Cholesterol

บทที่ 1

บทนำ (Introduction)

ความสำคัญ และที่มาของปัญหา

สืบเนื่องจากการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ทำให้คนมีอายุยืนมากขึ้น ซึ่งมีผลให้จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น ทำให้ครอบครัว ชุมชน สังคมมีภาระในด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนมากขึ้นตามไปด้วย ขณะเดียวกันจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และการแพทย์แผนปัจจุบันก็มีจำกัดทั้งในเรื่อง จำนวนและประสิทธิภาพในการรักษา โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดกับกลุ่มผู้สูงอายุก็จะรุมเร้าบั่นทอนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายในเรื่องการวินิจฉัย รักษา ตลอดทั้งการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุแล้วจะมากกว่าคนกลุ่มอายุอื่นหลายเท่าตัว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพบุคคลในระดับชุมชน โดยเน้นการป้องกันและการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นหลัก ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่มีอยู่ในชุมชนแล้ว ผสมผสานความเข้มแข็งของชุมชน ให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ในร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) ซึ่งจะยังคงยึด คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อมุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน โดยนำแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาปฏิบัติ ดังนั้น “คน” เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาและเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาไปสู่เป้าประสงค์ที่ต้องการ การพัฒนาคุณภาพคนให้มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ การพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล จนนำไปสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง จึงต้องพัฒนาแบบบูรณาการ เป็นองค์รวม และสัมพันธ์เชื่อมโยงระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกมิติของการพัฒนา ตลอดจนเรียนรู้ภูมิปัญญาไทยที่มีการสั่งสม สืบทอด โดยการรวบรวม พัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญแก่องค์ความรู้ใหม่ ควบคู่กับการต่อยอด และใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการจัดการองค์ความรู้ทุกด้าน และยังได้กล่าวถึงการส่งเสริมให้คนไทยดูแลสุขภาพที่มุ่งการป้องกัน โดยบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ปลอดภัยพิษ นำสมุนไพรไทยมาประกอบอาหาร รักษาโรคและทดแทนการใช้สารเคมี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมทั้งรักษาสภาพแวดล้อมในบ้านและชุมชนให้สะอาดน่าอยู่อาศัย

ความชราเป็นสิ่งที่ทุก ๆ คนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความชรามักจะเกี่ยวโยงไปถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางสรีรวิทยาของร่างกายมีสภาพการเสื่อมของระบบอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเกณฑ์ขึ้นเพื่อใช้กันทั่ว ๆ ไปว่าคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (WHO,

2006) ในปัจจุบันได้เพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2548 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) มีผู้สูงอายุถึง 6.81 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 10.51 ของประชากรทั่วประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอายุเฉลี่ยปัจจุบัน (กรมอนามัย, 2549) เพศชาย คือ 68.83 ปี เพศหญิง คือ 73.00 ปี โดยภาพรวม เป็น 70.89 ปี เมื่อคนเราอายุมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ ก็จะเสื่อมตามวัย เช่น ข้อกระดูกเสื่อม การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรังและเป็นหลาย ๆ โรคพร้อม ๆ กัน โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนเป็นผลที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน ซึ่งพบว่าการเสียชีวิตจากโรคหัวใจเป็นการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย จากสถิติอัตราการตายของประชากรไทย ปี 2543 พบว่า สาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ โดยมี อัตราการตาย 31.9/100,000 ประชากร ส่วนโรคหรืออาการที่ผู้สูงอายุไทยมีปัญหามากที่สุดอันดับหนึ่งก็คือ อาการปวดหลัง-ปวดเอว ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากท่าทางในการทำกิจกรรมประจำวันที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นท่าทางที่เป็นอยู่นาน ๆ จะทำให้เอ็นและกล้ามเนื้อบริเวณหลังต้องออกแรงยืดหรือหดมากเกินไป ทำให้เกิดอาการเมื่อยล้า จนทำให้เกิดอาการปวดหลังขึ้นได้

นอกจากนี้ยังได้พบโรค หรืออาการที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายอีกหลายอย่าง เช่น อัมพาตครึ่งซีก เป็นอาการชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง อาจมีการแตกหรือการตีบตันของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไปและหยุดสั่งงาน ในผู้สูงอายุพบว่าอัมพาตครึ่งซีกมักเกิดร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ พันธุกรรม ความอ้วน การกินอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มชาและกาแฟ ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงทำให้เกิดหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตกและผลกระทบทางอ้อม ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดแดงในสมองแตก เกิดอัมพาตได้

โรคกระดูกพรุนที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่เกิดจากร่างกายไม่สามารถปรับสภาพความสมดุลของแคลเซียมในเลือด แคลเซียมก็จะสลายจากเนื้อกระดูก เพื่อรักษาสภาพสมดุลของแคลเซียมในเลือดไว้ ทำให้ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกพรุนหรือกระดูกโปร่งบางจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย แม้ว่าจะได้รับแรงกระแทกเพียงเบา ๆ ยังมีอีกหลายอย่างที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นหรือก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ความเสื่อมสภาพของร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ ก็จะเสื่อมสภาพไปด้วย อัตราการเกิดโรคเหล่านี้ก็จะเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัวแต่โรคที่กล่าวมาข้างต้นเราสามารถที่จะป้องกัน ลดอัตราการเกิดโรคหรือชะลอการเสื่อมสภาพของร่างกายได้ ซึ่งหมายถึง

การที่เราสามารถเอาชนะการเสื่อมสภาพเหล่านี้ได้โดยอาศัยขบวนการต่าง ๆ ที่จะมาลดอัตราการเกิดโรคเหล่านี้ โภชนาการจัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในช่วงอายุนี้ การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป จะมีผลซ้ำเติมอวัยวะต่าง ในร่างกายที่มีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมมากขึ้น นอกจากนี้อุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูก โรคความดันโลหิตสูง จะมีผลต่อภาวะโภชนาการทั้งสิ้น

การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ในทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง อันหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมและป้องกันโรค ทำให้เกิดผลดีต่อร่างกาย คือ ทำให้สุขภาพจิตทั้งร่างกายและจิตใจ ช่วยทำให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้มากขึ้น ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น ความจำดีขึ้น ช่วยชะลอความชราทำให้ดูอ่อนกว่าวัย ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและทนทานมากขึ้น ช่วยให้หายปวดเมื่อย ปวดข้อ การทรงตัวดีขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนักและรักษาทร่วทร้ง ป้องกันโรคที่เกิดจากการเสื่อม และช่วยฟื้นฟูร่างกาย เช่น โรคเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตัน โรคเบาหวานภาวะไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม นอกจากนั้นสภาวะสิ่งแวดล้อม ก็มีผลต่อสภาพจิตใจและร่างกายของผู้สูงอายุ การมีสุขภาพจิตที่ดีช่วยลดความเครียดเพิ่มสมาธิทำให้จิตใจแจ่มใสก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้มาจากสมมติฐานที่ว่าเมื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนองค์ความรู้ที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ ในการดูแลสุขภาพให้กับชุมชนแล้ว ชุมชนสามารถสร้างรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะ วิถีชีวิตชุมชนในเชิงองค์ประกอบและมิติการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการผสมผสานองค์ความรู้เรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม และการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพและสามารถทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระดับชุมชน โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรในชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในชุมชน โดยผสมผสานทฤษฎีองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยประยุกต์และการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมและอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น โดยในการวิจัยครั้งนี้จะใช้ดัชนีชี้วัดหลายอย่าง เช่น สุขภาพร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) ชุมชนและสังคม (Social and community function) ดัชนีชี้วัดเหล่านี้ประกอบด้วยดัชนีชี้วัดทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เป็น รูปธรรม (Objective) และดัชนีชี้วัดพัฒนาการทางสังคม ซึ่งเป็นนามธรรม (Subjective) ซึ่งจะรวมเป็นดัชนีชี้วัดของโครงการวิจัยในครั้งนี้ ดัชนีทุกตัวจะถูกประเมินทุก 6 เดือน จนกระทั่งสามารถพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชน

การคัดเลือกชุมชน จะคัดเลือกชุมชนที่มีความหลากหลายในด้านกายภาพ ชีวภาพ เป็นหลัก และจะเน้นชุมชนที่เป็นเขตเทศบาล เนื่องจากข้อมูลต่าง ๆ พบว่ากลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ขาดการออกกำลังกาย ชุมชนมีความสลับซับซ้อน

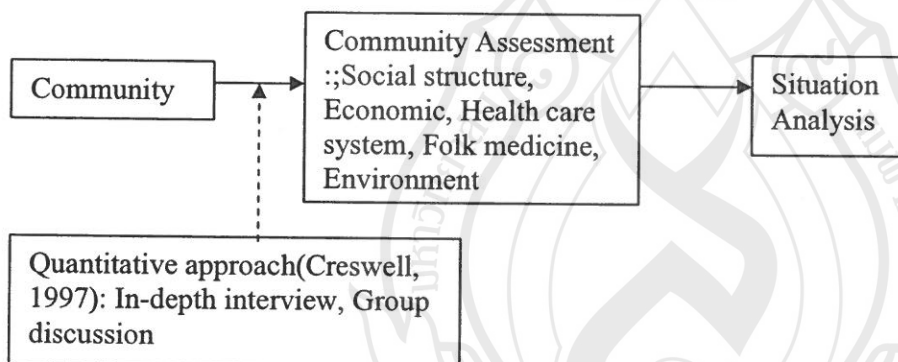
การพัฒนาตัวชี้วัด ดัชนีชี้วัด ตลอดทั้งเครื่องมือในการวัดจะใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นหลัก และจะทดสอบและควบคุมคุณภาพของเครื่องมือทั้งด้าน Validity and Reliability ให้เหมาะสมตลอดเวลาของการวิจัย โดยดัชนีชี้วัดทางสุขภาพบางตัวต้องมีการเก็บสิ่งส่งตรวจ เช่น ระดับไขมันในเลือดต้องเก็บตัวอย่างเลือด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ประสานงานกับศูนย์เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงรายอย่างใกล้ชิด

ส่วนการพัฒนาองค์กรในชุมชนจะพัฒนาศักยภาพองค์กร หน่วยงานในชุมชนเป็นหลัก เช่น สถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนองค์การบริหารส่วนตำบลที่อยู่ในพื้นที่วิจัย โดยจะพัฒนาศักยภาพในการจัดการ การบริหารงาน แนวทางการส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

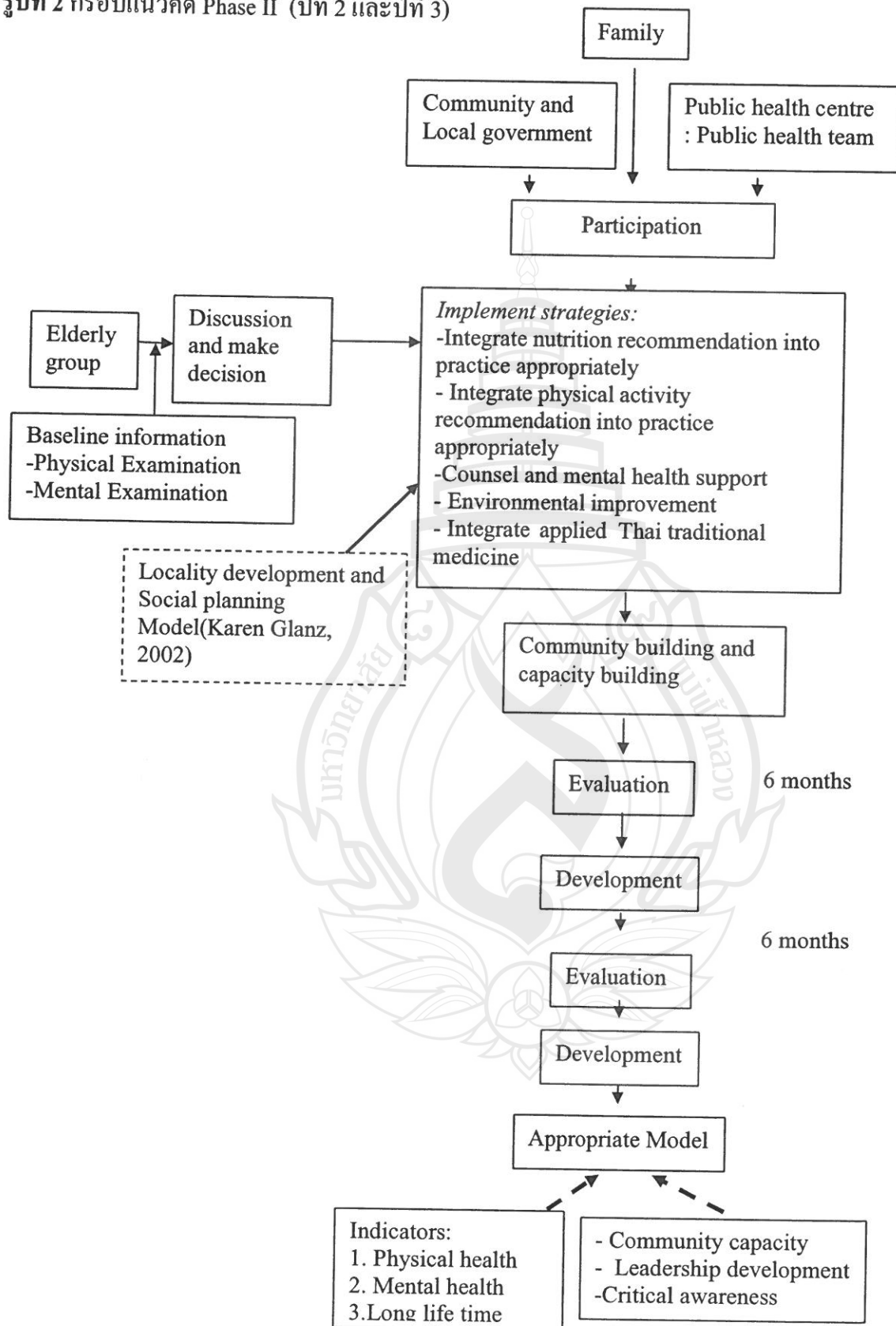
หลักการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจะยึดหลักการพัฒนาคนในองค์กร คือกลุ่มผู้สูงอายุ ในเรื่องต่าง ๆ จนกระทั่งสามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ในเรื่องการดูแลสุขภาพของสมาชิกได้ โดยใช้ ทฤษฎี Locality Development and Social Planning Model (Karen Glanz, 2002) ในการวิจัย ครั้งนี้ จะใช้ระยะเวลาในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ปี

ทฤษฎีและกรอบแนวคิด

รูปที่ 1 กรอบแนวคิด Phase I (ปีที่ 1)



รูปที่ 2 กรอบแนวคิด Phase II (ปีที่ 2 และปีที่ 3)



บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

ภาวะผู้สูงอายุ

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539:10) ได้อธิบายถึงภาวะผู้สูงอายุว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งอาจมีความอ่อนแอทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยหรือความพิการเข้าร่วมด้วย ภาวะผู้สูงอายุจึงเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพการเปลี่ยนแปลงหรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนี้ภาวะผู้สูงอายุยังเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมอีกด้วย ซึ่งเรียกกระบวนการดังกล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. กระบวนการภาวะผู้สูงอายุทางสรีรวิทยา
2. กระบวนการภาวะผู้สูงอายุทางจิตวิทยา
3. กระบวนการภาวะผู้สูงอายุทางสังคมวิทยา

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ส่วนคือ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงระบบภายในร่างกาย โดยมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย มีดังนี้

- 1.1.1 อวัยวะรับรสและกลิ่น มีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง
- 1.1.2 ตา มีความเปลี่ยนแปลงในการปรับสายตาต่อความมืดและความสว่างลดลง สายตาสายยาว นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะเป็นต้อกระจก
- 1.1.3 หู มีความสามารถในการได้ยินลดลง
- 1.1.4 สมอง เซลล์สมองจะตายไปและจำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ขนาดของสมองลดลง ปลายประสาทและใยประสาทลดลง ผลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมอง กล่าวคือ การรับรู้ความรู้สึกน้อยลงและช้า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม หลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องราวในอดีตได้กว่าปัจจุบัน

1.1.5 หัวใจ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืดและมีไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.6 หลอดเลือดหัวใจ ภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.7 ลิ้นหัวใจ แข็ง คีบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติด ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง

1.1.8 ความดันโลหิต การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตัว ทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบภายในร่างกาย

1.2.1 ระบบทางเดินหายใจ ในผู้สูงอายุจะพบว่า หลอดลมจะอักเสบและมีการไออยู่เสมอ มีเสมหะมาก กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนสมรรถภาพลง ทำให้ทรวงอกขยายตัวได้น้อยมีผลทำให้ถุงลมโป่งพองได้ง่าย มักจะมีอาการปอดบวมและปอดอักเสบด้วย

1.2.2 ระบบทางเดินอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหารและการหลั่งน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลง ตับมีขนาดและน้ำหนักเล็กลงเพราะมีการเก็บคอลลาเจนและวิตามินลดลง ระบบการทำงานของเอนไซม์ลดลง มีผลทำให้ตับมีสมรรถภาพลดลงในการทำลายพิษต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย

1.2.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ นับตั้งแต่ไตลงมาระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะทำงานด้อยลง มีอาการเกิดนิ่วในไต ไตอักเสบ และกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ผู้สูงอายุชายบางรายต่อมลูกหมากมีขนาดโตทำให้ขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะลำบาก หรือหูดของกระเพาะปัสสาวะหย่อนทำให้บังคับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จะถ่ายปัสสาวะทันที หรือทำให้เกิดการเกิดปัสสาวะกะปริดกะปรอย ซึ่งเกิดได้กับผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย

1.2.4 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการลดลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุเปราะ อ่อนเพลีย ชีพจรเร็วและชีพจรเต้นช้า มักจะพบมีอาการของโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

1.2.5 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายจะมีต่อมลูกหมากโตมากขึ้น อาจจะทำให้ขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ส่วนผู้สูงอายุหญิงปีกมดลูกและรังไข่จะฝ่อเหี่ยวได้ การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดความผิดปกติ

2. กระบวนการภาวะสูงอายุทางจิตวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการออกจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตหลังจากที่เคยทำมาในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ลง วงสังคมแคบลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ซึ่งอาจจะกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าในตัวเองลดลง และถ้าหากเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ก็จะทำให้เกิดความกระทบกระเทือนจิตใจมากขึ้น และถ้าสุขภาพทางกายแย่ลง ขาดคนช่วยดูแลใกล้ชิดทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้มากขึ้น ความรู้สึกสูญเสียบทบาทในหน้าที่ที่เคยทำ มักเกิดในกลุ่มของคนทำงานมากกว่ากลุ่มที่ทำงานด้านช่างฝีมือ ส่วนด้านการปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อมระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัว การปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วย

ความเครียดของผู้สูงอายุ

ความเครียดของผู้สูงอายุ ก็เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น ๆ ต่างกันในเรื่องการปรับตัวต่อความเครียดไม่เท่ากัน สาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ มักเกิดจากสิ่งต่อไปนี้

1. ความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
2. ความรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถลดลง
3. การมีโรคประจำตัว
4. การออกจากงาน

สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลและอาจเกิดทุกข์เกี่ยวกับรายได้ที่เคยได้รับ ขาดความเชื่อมั่นในการยอมรับจากคนในสังคมหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น จึงอาจแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด มีความวิตกกังวล เป็นต้น ดังนั้นควรมีการเตรียมตัวสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ก่อนการเกษียณอายุ เช่น มีการเตรียมหางานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ (ในกรณีสุขภาพยังพร้อมและมีประสบการณ์ที่ยังทำงานได้) การตรวจสอบสุขภาพสม่ำเสมอ มีงานอดิเรกทำ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้อยู่ใกล้ชิดต้องมีความเข้าใจ ให้กำลังใจ ให้ความใกล้ชิดและยอมรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

3. กระบวนการภาวะผู้สูงอายุทางสังคมวิทยา

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539:202) กล่าวถึงกระบวนการภาวะสูงอายุทางสังคมวิทยา ว่าในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ทั่วไปในสังคมนั้น ๆ ที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มผู้สูงอายุในสภาพต่าง ๆ สังคมที่เน้นความสำคัญหรือความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มผู้สูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองรู้สึกไร้ประโยชน์และเป็นภาระต่อสังคม แต่สังคมก็ยกย่องว่าผู้สูงอายุมีคุณค่า มีประสบการณ์ เฉลียวฉลาด ให้ประโยชน์แก่สังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ เป็นต้น กลุ่มผู้สูงอายุก็จะผ่านไปสู่วัยชราที่นั่น ๆ ได้โดยไม่รู้สึกยุ่งยากและกระทบกระเทือนต่อการสูญเสียบทบาทอย่างรวดเร็ว อาชีพบางประเภทที่ต้องอาศัยการสะสมของประสบการณ์และความยาวนานที่อยู่ในอาชีพเพื่อการเชื่อถือยอมรับของสังคม ผู้สูงอายุย่อมจะได้เปรียบ และประสบความสำเร็จได้ดีกว่า เช่น ผู้สูงอายุมีอาชีพผู้นำทางการเมือง ผู้บริหารประเทศ หรือที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนา และผู้นำทางธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพที่ต้องใช้กำลังกาย หรือหน้าตา รูปร่าง เช่น กรรมกร หรืออาชีพนักแสดงการยอมรับจากสังคม การอยู่ในอาชีพก็จะเป็นช่วงสั้น จะมีความรู้สึกที่ตนเองกำลังสูญเสียการยอมรับจากสังคม และยิ่งหากไม่มีการเตรียมตัวที่จะไปสู่วัยสูงอายุ ก็อาจจะมีปัญหาในเรื่องรายได้ และฐานะความเป็นอยู่ทางสังคมได้

ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะตัว มีความเป็นปัจเจกของตนเองมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะตัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอยู่เดิมของผู้สูงอายุ ดังนั้นทำให้การจัดการบริการใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุไม่อาจทำได้เหมาะสมกับลักษณะที่กำหนดเป็นแบบตายตัวของคนสูงอายุแต่ละคนได้ การศึกษาเพื่อสนองความต้องการของคนสูงอายุจึงทำได้ยาก เพราะต้องคำนึงถึงความแตกต่างในลักษณะสังคมเศรษฐกิจและลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละคนดังกล่าวด้วย สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539:59) ได้กล่าวว่า

ความต้องการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ มีอยู่ 2 ประการ คือ

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือความต้องการได้รับความช่วยเหลือ ทางด้านการเงิน จากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อาจจะทำให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่สภาพ แต่ถ้ากล่าวถึงความมั่นคงทางสังคม ก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำเหน็จบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชราเพื่อให้ทุกคนมีรายได้เมื่อถึงภาวะสูงอายุ

2. ความต้องการทางด้านที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย เช่นผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในบ้านของตนเองหรือบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

แนวทางที่ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท (สมศักดิ์, 2539) ดังนี้

1. **ความต้องการพื้นฐาน** คือความต้องการโดยทั่วไปที่ผู้สูงอายุต้องแสวงหาให้ได้มา ไม่ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมใด ๆ ก็ตาม จากการสำรวจความต้องการพื้นฐานในวัฒนธรรมต่าง ๆ กัน อาจจะสรุปได้ว่าคนสูงอายุในโลกต่างมีความต้องการตรงกันที่จิตใจ กล่าวคือ

1.1 ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่านานเท่าที่จะเป็นไปได้หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้นมีความหมายหรือเมื่อถึงแก่ความตาย

1.2 ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพร่างกายและสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังงานและศักยภาพดังกล่าวสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและสร้างไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ ความชำนาญ ทรัพย์สินสมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ เป็นต้น

2. **ความต้องการขั้นสูง** คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าที่หรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย เป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการจัดเกลาของแบบแผนและบรรทัดฐานของสังคม เช่น ในสังคมตะวันตก ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การมีงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย มีบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักที่อาศัย ฯลฯ ในขณะที่สังคมตะวันออก ความต้องการเหล่านี้อาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว ดังนั้นความต้องการชนิดนี้ จึงเท่ากับเป็นผลของวัฒนธรรมที่มีการปรับปรุงให้เข้ากับวิถีชีวิตของแต่ละคนแต่ละกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม

ปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัญหาด้วยกันคือ ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการขาดความรักเอาใจใส่ ปัญหาทางสังคม และปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **ปัญหาการเจ็บป่วย** คือ การมีความเสื่อมโทรมทางร่างกายซึ่งจะส่งผลถึงจิตใจด้วย จะทำให้จิตใจไม่สบาย หงุดหงิดง่าย ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะที่สมดุล แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคบางชนิด อาการป่วย เช่น ความเจ็บป่วย เมื่อยล้า ความทุกข์ยากที่เกิดทางกายและส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันการมีสุขภาพจิต เช่น การวิตกกังวลก็จะแสดงออกอาการทางด้านร่างกาย เช่น การนอนไม่หลับ ปวดท้อง เป็นต้น จะพบว่าปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ความจำเสื่อมและภาวะสับสน ภาวะจิตใจเศร้า นอกจากนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้และควรระมัดระวังคืออุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

2. **ปัญหาการขาดความรักความเอาใจใส่** ความรักความเอาใจใส่เป็นสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย ผู้สูงอายุต้องการความรักความอบอุ่นทางด้านจิตใจหรือความเอาใจใส่จากบุตรหลาน แต่อาจจะไม่แสดงออกให้เห็น แต่เนื่องจากสภาพทางสังคมเปลี่ยนไปประกอบกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ละเลย หรือไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในสิ่งเหล่านี้ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแค้นใจและใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

3. **ปัญหาด้านสังคม** เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพบางอย่างทางสังคมทำให้บทบาทของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุจากงาน ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมปัจจุบันทำให้ความคิด ค่านิยมของเด็กที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือ ให้การยอมรับ และการเคารพน้อยลง เป็นต้น

4. **ปัญหาด้านเศรษฐกิจ** สภาพเศรษฐกิจมักก่อให้เกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีหรือไม่ดี ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีก็อาจมีความทุกข์ เนื่องจากเกิดความกลัวว่าบุตรหลานจะแย่งชิงสมบัติกัน หรืออาจมีคนไม่ซื่อสัตย์มาคดโกง

ส่วนผู้ที่มิถุนานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาวะของบุตรหลาน ต้องคอยรับความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ทำให้บุตรหลานลำบากประกอบกับในสังคมปัจจุบัน โอกาสการทำงานของผู้สูงอายุลดน้อยลง เพราะสังคมพยายามจัดการทำงานแบบมีประสิทธิภาพ คนทำงานจะได้รับการเลือกเฟ้นให้ทำงานในวัยและระยะเวลาที่เขาสามารถทำได้มากที่สุดเท่านั้น และแนวโน้มที่จะให้คนงานออกเมื่อถึงเวลาอันสมควรจึงเป็นเหตุให้ไม่มีที่ทำงานสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องระแหร่ร้อน หรืออาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์คนชราซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย

ไขมันในเลือดสูง (คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์) : Hyper lipid

ไขมันในเลือดมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด แต่ละชนิดมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด การเกิดภาวะ หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) แตกต่างกันไปบ้าง ไขมันที่มีความสำคัญ มีดังนี้

คอเลสเตอรอล (Cholesterol)

เป็นไขมันที่มีความจำเป็นสำหรับเซลล์ต่างของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์สมอง เซลล์ประสาทร่างกายสามารถสังเคราะห์ไขมันนี้ได้เองที่ตับ (ผู้ป่วยโรคตับหรือมะเร็งตับจึงมีคอเลสเตอรอลต่ำ) และได้จากอาหารด้วย อาหารที่มีไขมันคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่ อาหารมันๆ ต่างๆ โดยเฉพาะที่ได้จาก ไขมันสัตว์ เช่น เนื้อมัน หมูติดมัน หมูสามชั้น ข้าวมันไก่ ขาหมู เครื่องใน หนังเป็ด หนังไก่ ไข่แดง ไข่ปลา กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม แองกะทิ เป็นต้น

เมื่อไปเจาะเลือดเพื่อตรวจคอเลสเตอรอล ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจ คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) แต่ความจริงแล้ว ยังมีคอเลสเตอรอลย่อย ๆ อีก คือ แอลดีแอล (LDL-Cholesterol) วีแอลดีแอล (VLDL-Cholesterol) เอชดีแอล (HDL-Cholesterol)

LDL-C

เป็นไขมัน “ชนิดไม่ดี” ที่ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในผนังของหลอดเลือดแดงทั้งร่างกาย เช่น สมอง (เกิดอัมพาต) หัวใจ (เกิดโรคหัวใจขาดเลือด) ไต (เกิดไตวาย) อวัยวะเพศ(หย่อนสมรรถภาพทางเพศ) เป็นต้น พบว่าความผิดปกติเหล่านี้สัมพันธ์กับระดับ Total cholesterol และ LDL-C อย่างมาก

HDL-C

ตรงข้ามกับ LDL-C ไชมัน HDL-C นี้เป็น “ไขมันชนิดดี” ช่วยนำเอาไขมันที่สะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือดออกมา แต่ทำงานช้ากว่า ระดับไขมัน HDL-C ต่ำจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ในทางกลับกันหากยิ่งสูงยิ่งดี ช่วยป้องกันโรคนี้ เราสามารถเพิ่ม HDL-C ให้สูงได้ด้วย การหยุดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายแบบแอโรบิคสม่ำเสมอ ลดน้ำหนัก ขาดบางชนิด ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนเล็กน้อย HDL-C นี้ก็ถูกควบคุมโดยพันธุกรรม

ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides)

เป็นไขมันที่ไม่ใช่ Cholesterol พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่ “ชัดเจน” เหมือน Cholesterol พบได้บ่อยมากในผู้ที่อ้วน ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่ดื่มสุราประจำ มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจ

ค่าปกติของไขมันในเลือด

ไม่มีค่าปกติ ทั้งนี้เนื่องจากหากเอาผู้คนที่ปกติ แข็งแรงดีมาตรวจหาระดับ Cholesterol อาจพบว่าค่าเฉลี่ยมากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อดล. ซึ่งถือว่าผิดปกติ ดังนั้นเรียกว่า “ค่าที่แนะนำ” ค่า Total Cholesterol น้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อดล. และ LDL-C น้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อดล. ในผู้ที่ยังไม่เกิดโรค แต่สำหรับผู้ที่เกิดโรคหัวใจขึ้นแล้ว ควรรักษาให้ต่ำกว่านี้ คือ LDL-C ควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัม ต่อ ดล.

การศึกษาเกี่ยวกับไขมัน Cholesterol สรุปได้ดังนี้

- Total Cholesterol, LDL-C สัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพาต การเสียชีวิตจากโรคหัวใจ
- ไขมัน Cholesterol สูงตั้งแต่ยังอยู่ในวัยเด็ก หรือ วัยรุ่น มีโอกาสเกิดปัญหาจากโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น
- การลดระดับไขมัน Cholesterol ได้ประโยชน์ทั้งในกรณีที่ยังไม่เป็นโรคหัวใจและ เกิดโรคหัวใจขึ้นแล้ว แต่ไม่ได้หมายความว่า จะได้ประโยชน์ทุกราย
- การควบคุมไขมันให้ต่ำ ช่วยลดโอกาสเกิดอัมพาต (stroke)
- ในผู้ที่มีโรคหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ ควรให้ไขมัน LDL-C ต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมต่อดล. เนื่องจากจะช่วยชะลอการตีบของหลอดเลือด และช่วยให้แผ่นไขมันไม่แตกง่าย การแตกของแผ่นไขมันทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Heart attack)

- ในผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง การควบคุมอาหารอย่างเดียวสามารถลดไขมันได้น้อย และมักจะไม่ได้ระดับที่ต้องการ

- การรักษาไขมันในเลือด เป็นการรักษาเพื่อหวังผลในระยะยาว หมายถึง ต้องควบคุมให้ไขมันในเลือดต่ำอยู่ตลอดเวลา เป็นระยะเวลานาน อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป จึงจะได้ประโยชน์จากยาดังนั้น การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้ไม่ได้ประโยชน์จากยา เสียค่าใช้จ่ายโดยเปล่าประโยชน์

การลดไขมันในเลือดเป็นสิ่งที่ควรทำในผู้ที่มี Total Cholesterol มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อคล. ควรเริ่มต้นจากการควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง ไขมันจากสัตว์ ออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก หากไขมันในเลือดยังสูงอยู่ หรือ มีโรคหัวใจ ควรรับประทานยา

ภาวะไขมันในเลือดสูงกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันเนื่องจากอายุ

ภาวะไขมันในเลือดสูงพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากระดับ Low-density lipoprotein จะเพิ่มประมาณ 1.4mg/dl ต่อปีในช่วงอายุ 20 ถึง 70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จาก Framingham study พบว่า LDL เพิ่มขึ้นจาก 101 มาเป็น 159 mg/dl ในหญิง จาก 112 มาเป็น 144 gm/dl ในชาย เมื่ออายุเพิ่มจากกลุ่มอายุ 20-24 ปี มาเป็น 60-64 ปี หลังจากนั้นเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ Serum cholesterol, Triglyceride, Low density lipoprotein และ High density lipoprotein ล้วนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจนระหว่างกลุ่มอายุต่างๆทั้งในเพศชายและเพศหญิง White และคณะศึกษาในสหราชอาณาจักรพบว่า ระดับ Total cholesterol จะเพิ่มขึ้นและแนวโน้มจะชัดเจนมากที่สุดเป็นผู้หญิงวัยหลังหมดประจำเดือน ซึ่งหลังจากหมดประจำเดือน ระดับ Cholesterol ในหญิงจะสูงกว่าของผู้ชายชัดเจน เนื่องจาก Cholesterol เป็นส่วนประกอบสำคัญของ Low density Lipoprotein ถึง 45% โดยน้ำหนัก ระดับ Serum cholesterol ที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นการเพิ่มจนถึงอายุ 70 ปี ส่วน LDL ในเพศชายก็เช่นกัน หลังอายุ 60 ปี จะค่อนข้างคงที่ แล้วลดลงหลังอายุ 70 ปี ผลที่สุดจะพบว่าในผู้สูงอายุหญิงช่วงอายุ 60-80 ปี LDL จะสูงกว่าชายประมาณ 16-17 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การเปลี่ยนแปลงของ Triglyceride ตามอายุมีแนวโน้มเช่นเดียวกับของ cholesterol กล่าวคือ ระดับจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นับตั้งแต่เกิด ในชายอัตราการเพิ่มจะมากกว่าหญิงจนกระทั่งอายุประมาณ 50 ปี แล้วลดลงเล็กน้อย แต่ในผู้หญิงระดับจะเพิ่มขึ้นต่อไปอีกจนถึงอายุประมาณ 70 ปี แล้วค่อยลดลงมาเท่ากับผู้ชาย กลไกการเพิ่มขึ้นของ Triglyceride เชื่อว่าน่าจะเกิดจากความสามารถในการกำจัด very low density lipoprotein ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น มีการศึกษาโดยเปรียบเทียบระดับ

ของ Triglyceride ในเลือดหลังรับประทานอาหารที่มีไขมันมากๆระหว่างผู้สูงอายุและคนวัยหนุ่มสาว พบว่าระดับ Triglyceride ในเลือดหลังรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ ระหว่างผู้สูงอายุและคนวัยหนุ่มสาว พบว่าระดับ Triglyceride ในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปรากฏการณ์นี้เกิดจากการลดลงของ Lipoprotein lipase activity เมื่ออายุมากขึ้น โดยจะเด่นชัดในผู้หญิงมากกว่าในผู้ชายเมื่อเปรียบเทียบโดยการให้สารละลายไขมันที่ใช้ในทางการแพทย์ทางเส้นเลือดระหว่างอายุ 31 ปี ถึง 70 ปี

การตรวจเลือดดูหน้าที่ของตับ

การวัดเอนไซม์ตับแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มแรกเป็นดัชนีชี้ว่ามีอันตรายเกิดขึ้นต่อเซลล์ตับ เช่น ภาวะตับอักเสบ ได้แก่การวัดระดับเอนไซม์ ALT (ย่อมาจาก Alanine Aminotransferase) และ AST (ย่อมาจาก Aspartate aminotransferase) ซึ่งเดิมเรียนกันใช้ชื่อว่า SGPT (Serum Glutamic Pyruvate Transferase) และ SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transferase) เอนไซม์ 2 ตัวนี้จะมีระดับสูงขึ้นเมื่อเซลล์ตับถูกทำลายตายลง หรือเกิดการอักเสบของตับ (โดยเซลล์ตับไม่ตาย) เกิดการรั่วของเอนไซม์ออกนอกเซลล์ตับเข้าสู่กระแสโลหิต สำหรับเอนไซม์ AST หรือ SGOT ยังพบได้ในเซลล์ชนิดอื่น เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลายของร่างกาย ดังนั้นจึงอาจพบสูงขึ้นได้ในโรคที่ไม่เกี่ยวกับตับ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือด เอนไซม์ ALT จึงมีความจำเพาะต่อการบ่งว่าน่าจะเป็นโรคตับมากกว่า ในภาวะตับเกิดอันตรายเฉียบพลัน เช่น โรคตับอักเสบเฉียบพลันจากไวรัส ระดับ ALT และ AST จะสูงกว่าปกติเป็นร้อยหรืออาจสูงถึงพันหน่วยต่อลิตรได้ (ค่าปกติประมาณ 40 หน่วย/ลิตร) ในโรคตับอักเสบเรื้อรังหรือตับแข็ง ระดับเอนไซม์ 2 ตัวนี้ไม่สูงมาก ประมาณ 2-3 เท่าของค่าปกติ และมักไม่สูงเกิน 100-300 หน่วย/ลิตร ระดับเอนไซม์ 2 ตัวนี้ มีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาโรคตับอักเสบเรื้อรังจากไวรัส ระดับเอนไซม์ ALT และ AST อาจตรวจพบสูงกว่าปกติได้เล็กน้อย จากสาเหตุที่ไม่ใช่โรคตับ เช่น จากยาบางชนิด

เอนไซม์กลุ่มที่ 2 วัดการทำงานของระบบทางเดินน้ำดีว่ามีการอุดตันหรือไม่ ทั้งในระดับท่อน้ำดีใหญ่ในตับ และระดับท่อน้ำดีในเล็ก ๆ ในตับ ได้แก่ เอนไซม์ Alkaline phosphatase และ GGT (Gamma Glutamyl Transpeptidase) เอนไซม์ 2 ตัวนี้จะสูงขึ้นในกรณีที่มีการอุดตันท่อน้ำดีใหญ่จากนิ่วหรือเนื้องอก และการอุดตันการไหลของน้ำดีในทางเดินน้ำดีเล็กภายในตับจากยา หรือแอลกอฮอล์ Alkaline phosphatase ยังพบได้ในอวัยวะอื่น เช่น กระดูก รก และลำไส้ ดังนั้น GGT เป็นการตรวจเสริมที่ช่วยยืนยันว่า ระดับ Alkaline phosphatase ที่สูงขึ้นมาจากโรคตับและทางเดินน้ำดี เพราะ GGT จะไม่เพิ่มขึ้นในโรคของกระดูกและลำไส้ ถ้า GGT สูงขึ้นเล็กน้อยหรือสูงปาน

กลาง โดยค่า Alkaline phosphatase ปกติ มักมีสาเหตุจากแอลกอฮอล์และ โดยที่ไม่มีภัยอันตรายเกิดขึ้นต่อเนื่อง

การตรวจเลือดดูหน้าที่ของตับอย่างอื่น ได้แก่ Billirubin บิลิรูบินเป็นสารสีเหลืองในน้ำดี ซึ่งเมื่อมีระดับสูงในเลือดจะไปย้อมติดที่ผิวหนังและตาขาว เรียกว่า เกิดดีซ่าน บิลิรูบินเกิดจากการสลายตัวของส่วนประกอบในเม็ดเลือดแดง ตับจะเก็บบิลิรูบินออกจากกระแสเลือด เวลาเลือดไหลผ่านตับและขับออกทางน้ำดี เมื่อเป็นโรคของตับหรือระบบทางเดินน้ำดี หรือเม็ดเลือดแดงแตกทำลายจำนวนมาก ก็จะเป็นผลให้ระดับบิลิรูบินเพิ่มขึ้นสูงในเลือด ระดับบิลิรูบินในเลือดเป็นตัวบ่งถึงหน้าที่ของตับที่ดีเพราะแสดงถึงความสามารถในการขับออกจากกระแสเลือดและเปลี่ยนแปลงเพื่อขับออกสู่น้ำดี แต่ระดับบิลิรูบินเป็นการทดสอบที่ไม่จำเพาะบอกสาเหตุว่าน่าจะเกิดจากอะไรไม่ได้

การตรวจหน้าที่ตับที่นิยมใช้อีก 2 อย่างคือ ระดับอัลบูมินในเลือด และการวัดเวลาการแข็งตัวของเลือด อัลบูมินเป็นโปรตีนสำคัญที่ตับสร้างขึ้น ดังนั้นถ้าระดับอัลบูมินลดลง โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ขาดอาหาร น้ำก็บ่งชี้ถึงสภาพหน้าที่ของตับที่เสื่อมลง การวัดเวลาการแข็งตัวของเลือดนิยมเรียกกันว่า Prothrombin time หรือเขียนย่อว่า PT ส่วนใหญ่ส่วนประกอบที่ทำให้เลือดแข็งตัวเป็นโปรตีนที่สร้างโดยตับ ผู้ป่วยโรคตับที่ตับเสื่อมสภาพ การทำหน้าที่สร้างโปรตีนเหล่านี้ลดลง ทำให้เลือดที่ออกใช้เวลาแข็งตัวนานขึ้น โปรตีนเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอายุสั้นเป็น ชั่วโมงหรือเป็นวันเท่านั้น ทำให้การตรวจนี้เป็น การดูหน้าที่ของตับที่เปลี่ยนแปลงจริงตามสภาพตับขณะนั้น ต่างจากระดับอัลบูมินที่มีอายุ เดือน ดังนั้นถ้าตับเสื่อมลง จะยังไม่เห็นผลว่าอัลบูมินในเลือดลดลง จนกว่าเวลาจะผ่านไป 1 เดือน อัลบูมินที่ตับสร้างไว้ก่อนเสื่อมถูกร่างกายทำลายหมดไปแล้ว

การทดสอบอื่นซึ่งไม่ได้ใช้ตรวจกันบ่อย แต่ช่วยในการหาสาเหตุและยืนยันโรคตับ เช่น การวัดระดับเหล็กในเลือดหรือระดับโปรตีนจับสะสมเหล็กที่เรียกว่า Ferritin ในเลือด ช่วยยืนยันว่า ผู้ป่วยเป็นโรคตับที่เกิดจากภาวะมีเหล็กสะสมเกินหรือไม่ ในโรค Wilson ที่มีความผิดปกติโดยมีทองแดงสะสมในตับ ใช้การตรวจวัดระดับโปรตีนจับทองแดงที่เรียกว่า Ceruloplasmin ในเลือด และวัดการขับถ่ายทองแดงจำนวนมากกว่าปกติในปัสสาวะ ในโรคตับแข็งจากทางเดินน้ำดีชนิดปฐมภูมิ (Primary biliary cirrhosis) จะอาศัยการตรวจภูมิต่อไมโทคอนเดรียให้ผลบวก (Antimitochondrial antibody) ในโรคตับอักเสบที่เกิดจากภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (Autoimmune hepatitis) อาศัยการตรวจพบภูมิต่อนิวเคลียสเซลล์ (Antinuclear antibody) หรือภูมิต่อกล้ามเนื้อเรียบ (Anti smooth muscle antibody) และระดับโปรตีนชนิดอัลบูมิน (Globulin) สูงในเลือด บางครั้งอาจต้องใช้การตรวจภูมิต่อไวรัสตับอักเสบในเลือดเพื่อการวินิจฉัยโรคตับอักเสบว่าเกิดจากไวรัสเอ หรือบี หรือซี และดี

คำนิยาม

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ และหรือร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินได้ตามปกติทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมอื่น ๆ ตามมา ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมความผิดปกติดังกล่าวได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็ก (Micro vascular) เช่น โรคไต (diabetic nephropathy) โรคจอประสาทตาผิดปกติ (Diabetic retinopathy) โรคเส้นประสาทผิดปกติ (Diabetic neuropathy) และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macro vascular) เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดส่วนปลายที่ขา

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิด อัมพฤกษ์ อัมพาต

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) หมายถึง ระดับไขมันในเลือดที่มีคอเลสเตอรอล มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับไตรกรีเซอไรด์ มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ HDL-cholesterol (HDL-C) หรือไขมันดี น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับ LDL-cholesterol (LDL-C) หรือไขมันเลวมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่งผลกระทบให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายหลอดเลือดสมองตีบ แดง ตัน และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการสามารถประเมินได้จากการรวบรวมและเก็บข้อมูลทางคลินิก เพิ่มประวัติของผู้ป่วย เช่น ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย (Medical history) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยซึ่งวิธีการประเมินภาวะโภชนาการประกอบด้วย

1. การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric measurement)

น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) น้ำหนักที่ควรเป็น การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น เส้นรอบข้อมือ เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก

ดัชนีมวลกาย (Anthropometric measurement)

ในทางวิชาการจะใช้เป็นวิธีหนึ่งในการประเมินปริมาณของไขมันในร่างกายเพื่อพิจารณาความอ้วนหรือความผอมในคนที่อายุ 20 ปีขึ้นไป มีสูตรง่าย ๆ ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

BMI ปกติ = 18.5 – 24.9 ก.ก./ม

BMI $\geq$ 25 = Overweight

BMI $\geq$ 30 = Obesity

เส้นรอบเอว

การวัดเส้นรอบเอวจะบอกตำแหน่งการสะสมของไขมันในร่างกาย บริเวณที่ร่างกายสะสมไขมันมีอิทธิพลต่อสุขภาพ จะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ถ้าร่างกายสะสมไขมันบริเวณพุงมาก ซึ่งเป็นลักษณะอ้วนแบบลูกแอปเปิ้ลจะเพิ่มความเสี่ยงของโรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง แต่ถ้าอ้วนลักษณะแบบลูกแพร์หรือชมพูซึ่งไขมันจะสะสมส่วนของสะโพกมากกว่า จะมีความเสี่ยงของโรคดังกล่าวน้อยกว่าคนที่อ้วนแบบลูกแอปเปิ้ล สำหรับคนไทย เส้นรอบเอวจะเป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงโรคเบาหวานประเภท 2 โรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูง ได้ดีกว่า BMI ในชาวเอเชียผู้ชายเส้นรอบเอวไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร และผู้หญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร หรือมีค่า BMI > 35 ไม่ควรใช้เส้นรอบเอวประมาณ เพราะจะไม่ได้ประโยชน์ในการประเมินความอ้วน (Centers for disease control and prevention, 2000)

2. การตรวจทางชีวเคมี (Biochemical determination) เช่น

Albumin, Hematocrit, Hemoglobin

Fasting plasma glucose (FPG), Glycated hemoglobin (HBA c) ถ้าทำได้

Total cholesterol (TC), Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C), High density lipoprotein-cholesterol (HDL-C) และ Triglycerides (TGs)

BUN, Creatinine,

Micro albumin ถ้าทำได้

3. อาการทางคลินิก (Clinical observation)

- เหน็บชา อาการหูดหงิกง่าย ระบบประสาทผิดปกติ เกิดจากการขาดวิตามิน บี 1
- ตาแดง ตาและริมฝีปาก ช่อปาก จนถึงหลอดลมอักเสบ เกิดจากการขาดวิตามิน บี 2
- เป็นตะคริว ผิวหนังอักเสบ ปลายเส้นประสาทอักเสบ เกิดจากการขาดวิตามิน บี 6
- โรคผิวหนัง ท้องร่วง เบื่ออาหาร เกิดจากการขาดไนอาซิน

4. การประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessment)

- จากการซักประวัติความอยากอาหาร
- รูปแบบและอุปนิสัยการบริโภคตามปกติ และปริมาณสารอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน

บทที่ 3.

วิธีดำเนินการวิจัย (Materials and Methods)

ระเบียบวิธีการวิจัย(Methodology)

ระเบียบวิธีการวิจัย (Methodology) ในครั้งนี้ จะเป็นลักษณะ Applied Research (Participatory Action Research: Community Base) โดยจะใช้เทคนิคการศึกษาที่มีการผสมผสานระหว่าง Qualitative Research และ Quantitative Research เพื่อจะทดสอบสมมุติฐานและตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยจะลำดับการศึกษาดังนี้

ช่วงที่หนึ่ง (ปีที่ 1) จะเป็นการศึกษาโดยใช้วิธี Qualitative Inquiry (Creswell, 1997) (Group Discussion, In-depth Interview) เพื่อทราบลักษณะ โครงสร้างครอบครัว (Family) ลักษณะชุมชน (Community structure) และสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน (Environment) การทำ Mapping รูปแบบการดำรงชีวิต การเกิดโรค มิติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนเพื่อศึกษาลักษณะทางเศรษฐกิจ-สังคมของชุมชน ระบบและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนบทบาทการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน และประเมินสิ่งแวดล้อมของชุมชน ข้อมูลทั้งหมด จะถูกประมวลภาพรวมของชุมชนทุกมิติเพื่อสร้างความเข้าใจแก่นักวิจัยและเป็นดัชนีพื้นฐานก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน

ช่วงที่สอง (ปีที่ 2) จะเป็นช่วงการใช้ Quantitative research technique เป็นช่วงการพัฒนาแบบสอบถามชนิดต่าง ๆ เพื่อเก็บข้อมูลที่สามารวัดได้ด้วยวิทยาศาสตร์หรือตัวชี้วัดที่สามารถประเมินได้ แบบสอบถามจะพัฒนาในช่วงนี้ ได้แก่ แบบสอบถามทั่วไป, Physical Examination Form, ADL (Activities of Daily Living), WHOQOL (WHO Quality of Life), NRI (Nutrition Risk Index), MHSE (Mental Health Status Examination) ซึ่งจะเป็นช่วงของการพัฒนาแบบประเมินต่าง ๆ และทดสอบ Validity and Reliability หลังจากนั้นก็จะดำเนินการประเมินและเก็บข้อมูลทั้งหมดโดยใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่ได้เตรียมและพัฒนาไว้ เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานและทำการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ ในชุมชนทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

ช่วงที่สาม พัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากในช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 ซึ่งในการพัฒนาสุขภาพในชุมชนนั้นอาจจะต้องใช้ความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ตั้งแต่ฝ่ายปกครอง องค์กรการบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล ซึ่งในช่วงที่สามนี้อาจจะมีกิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น การเพิ่มองค์ความรู้ในเรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ การสร้าง

ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้แก่สมาชิกในครอบครัว องค์การบริหารส่วนตำบล และ
สถานีนามัยซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่แผนงาน/กิจกรรมที่
เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะนำเสนอในที่ประชุมของชมรม/องค์กรผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น เพื่อได้เสนอข้อคิดเห็น
ทางเลือกและท้ายสุดกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเลือกดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง องค์ประกอบที่สำคัญที่ใช้ใน
การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ อาหาร การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม จะ
ผสมผสานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยจะลดการพึ่งพา
การแพทย์สมัยใหม่ที่ไม่จำเป็นลงให้มากที่สุด ร่วมกับการพัฒนาการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน
สุขภาพที่มีในชุมชนเพื่อให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ช่วงที่สี่ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนงานที่กำหนด ในการดำเนิน
กิจกรรมใด ๆ นั้นผู้วิจัยจะพัฒนาจากข้อมูลที่ได้จากในช่วงที่หนึ่งและสอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้สนับสนุน
การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ แต่ทั้งหมดจะอยู่บนหลักการความเหมาะสมในรูปแบบวิถีชีวิตและการ
ตัดสินใจร่วมกันของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะดำเนินการประเมินผลการพัฒนาเป็นช่วง ๆ
อย่างเหมาะสม โดยจะใช้ดัชนีชี้วัดที่เป็นวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์เป็นหลัก โดยมีแนวทางการ
ประเมินแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

- ก. ประเมินพัฒนาการทางด้านสุขภาพโดยใช้ดัชนีชี้วัดทางร่างกายต่าง ๆ
- ข. การประเมินทางสังคม โดยศึกษาประเมินถึงความร่วมมือขององค์กร การมีส่วนร่วม การ
ขับเคลื่อนของภาคส่วนต่าง ๆ

พื้นที่การศึกษา (Study Setting)

พื้นที่การศึกษาคครั้งนี้ คือ เทศบาลตำบลป่าก่อคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงรายโดยในการ
คัดเลือกพื้นที่ที่จะลงเก็บข้อมูลนั้นจะใช้วิธี Simple Random Sampling โดยสุ่มเลือกตัวแทนของแต่ละ
หมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลป่าก่อคำ โดยใช้ฐานข้อมูลของเทศบาลตำบลป่าก่อคำ ในการสุ่ม
เลือกตัวแทนหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้าน หลังจากนั้นนักวิจัยจะเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลประชากรกลุ่ม
ตัวอย่าง

กลุ่มประชากรศึกษา (Study Population and Study Sample)

กลุ่มประชากรศึกษาในครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเทศบาลตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จำนวน 212 คน โดยกระจายเก็บในกลุ่มผู้หญิงและผู้ชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

การคัดเลือกประชากรศึกษา (Sample Selections)

การคัดเลือกประชากรศึกษานี้จะคัดเลือกโดยวิธี Simple Random Sampling และการสมัครใจของประชากรศึกษาในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (Research Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถาม ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพในเรื่องความเที่ยงและความตรงเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการเก็บตัวอย่างเลือด 5 ซีซีและตัวอย่างอุจจาระ 5 กรัม

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Management and Data Analysis)

แบบสอบถาม แบบประเมินและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บไว้อย่างมีระบบ โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกแปลงเป็นรหัสในการวิเคราะห์ข้อมูลและบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ซึ่งผู้วิจัยที่รับผิดชอบเท่าทั้งจึงจะเข้าถึงได้

ข้อมูลที่ได้จาก แบบสอบถาม ก็จะถูกแปลงรหัสที่เหมาะสมและเก็บไว้ที่ปลอดภัย และจะทำการวิเคราะห์ในลำดับต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ จะใช้โปรแกรม STATA และ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นหลัก

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ประสานพื้นที่เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
 - 2.1 นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลปากอคำ
 - 2.2 หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลปากอคำ
 - 2.3 หัวหน้าสถานีอนามัยโป่งมอญ
 - 2.4 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาว
 - 2.5 ประธานผู้สูงอายุตำบลปากอคำ

3. นัดหมายการประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ
4. สุ่มเลือกประชากรศึกษา
5. ขออนุญาตผู้ใหญ่บ้านเพื่อขอดำเนินการเก็บข้อมูล
6. ดำเนินการเก็บข้อมูลระยะที่ 1
7. นัดหมายกลุ่มผู้นำส่วนต่าง ๆ เพื่อทำ In-depth Interview จำนวน 3 ครั้ง
8. นัดหมายกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อดำเนินการตรวจสอบภาพ เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ
ประเมินภาวะสุขภาพจิต
9. รวบรวมข้อมูล
10. Double Entries Data
11. Clean data
12. วิเคราะห์ผล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. Descriptive Statistics เช่น Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation ซึ่งจะใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มศึกษาต่าง ๆ
2. Inferential Statistics คือ Multivariate Statistics เช่น Multiple Regression , Multiple Logistic Regression, Factor Analysis, Survival Analysis, Structure Equation Modeling (SEM)ที่ใช้ในการวิเคราะห์ในครั้งนี้

สถานที่ทำการวิจัย พัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สำหรับการเรียบเรียง รายงานการจัดประชุมคณะผู้วิจัยและที่ปรึกษา รวมถึงการวางแผนดำเนินโครงการวิจัย
2. สำนักงานเทศบาลตำบลป่าก่อดำ
3. สถานีอนามัยตำบลป่าก่อดำ
4. สถานีอนามัยโป่งมอญ
5. ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลแม่จัน

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

ในการสรุปผลการดำเนินการวิจัยเรื่องโครงการ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในระดับชุมชน ผสมผสานการแพทย์แผนไทยประยุกต์และส่งเสริมสุขภาพ ระยะที่ 1 ซึ่งได้ดำเนินการในพื้นที่เทศบาลตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระหว่าง เดือน มกราคม 2551 ถึง เดือน มกราคม 2552 จะสรุปผลการวิจัย ในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลตำบลปากอคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย จำนวน 504 คน ในการศึกษาได้สุ่มเลือกแบบ Simple Random Sampling จำนวน 212 คน มีผลการศึกษาดังนี้ : ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ สุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการดูแลสุขภาพเมื่อมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจชีวเคมีของร่างกาย การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ตลอดจนการประเมิน โดยกิจกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
ทั้งหมด	212	100.00
เพศ		
ชาย	97	45.75
หญิง	115	54.24
อายุ (ปี)		
60 – 64	29	13.67
65 – 69	49	23.11
70 – 74	54	25.47
75 – 79	43	20.28
≥ 80	37	17.45

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
หมู่บ้าน : บ้าน		
2 : บ้านปางป่าสัก	8	3.77
3 : บ้านห้วยसानคอนจัน	45	21.22
7 : บ้านปากกอง	31	14.62
8 : บ้านปากอ่ดำ	41	19.33
9 : บ้านหล่ายผง	24	11.32
10 : บ้านปากอ่ดำ	42	19.81
12 : บ้านปากอ่ดำใหม่	21	9.90
สมาชิกในครอบครัว (คน)		
1	15	7.07
2	72	33.96
≥ 3	125	58.96
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ		
คนเดียว	15	7.07
กับบุตร/ธิดา	140	66.03
บิดา/มารดา	5	2.35
ญาติ	6	2.83
สามี/ภรรยา	45	21.22
อื่น ๆ	1	0.47
รายได้ (บาท/เดือน)		
≤ 500	195	91.98
≥ 501	5	2.35
ไม่ตอบ	12	5.66

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
ที่มาของรายได้		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	196	92.45
อื่น ๆ	4	1.88
ไม่ตอบ	12	5.66
จำนวนที่ดิน (ไร่)		
≤ 1	121	57.07
2-10	59	27.83
≥ 11	32	15.09
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	103	48.58
ป.1- ป.3	29	13.67
ป.4- ป.6	75	35.37
สูงกว่าระดับประถมศึกษา	5	2.35
หนี้สิน		
มี	41	19.33
ไม่มี	171	80.66
จำนวนหนี้สิน(บาท)		
≤ 10,000	9	21.95
10,001- 20,000	9	21.95
20,001- 30,000	6	14.63
30,001- 40,000	5	12.19
40,001- 50,000	3	7.31
≥ 50,001	9	21.95

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างศึกษาในงานวิจัยนี้มีทั้งหมด 212 คน โดยเป็นผู้ชาย 97 คน (ร้อยละ 45.75) และเป็นผู้หญิง 115 คน (ร้อยละ 54.24) กลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 70-74 ปี (ร้อยละ 25.47) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 23.11) อันดับสามคือกลุ่มอายุ 75-79 ปี (ร้อยละ 20.28)

กลุ่มประชากรศึกษาถูกสุ่มเลือกจากหมู่บ้านต่าง ๆ จำนวน 7 หมู่บ้านกล่าวคือ หมู่ที่ 2 บ้านปงป่าสัก หมู่ที่ 3 บ้านห้วยसानดอนจั่น หมู่ที่ 7 บ้านปากกอก หมู่ที่ 8 บ้านปากอคำ หมู่ที่ 9 บ้านหลายพง หมู่ที่ 10 บ้านปากอคำ และหมู่ที่ 12 บ้านปากอคำใหม่

ประชากรศึกษาถูกสุ่มจากหมู่ที่ 3 บ้านห้วยसानดอนจั่น มากที่สุดจำนวน 45 คน (ร้อยละ 21.22) ต่ำสุดคือ หมู่ที่ 2 บ้าน ปงป่าสัก จำนวน 8 คน (ร้อยละ 3.77) โดยส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัว ≥ 3 คน (ร้อยละ 58.96) สมาชิกครอบครัว 2 คน (ร้อยละ 33.96) และร้อยละ 7.07 (15 คน) อยู่คนเดียว



ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณสมบัติของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
สถานะการมีชีวิตของผู้สูงอายุ		
มีชีวิต	136	64.15
เสียชีวิต	76	35.84
สถานะสมรส		
แยกกันอยู่	8	5.88
หย่าร้าง	1	0.73
อยู่ด้วยกัน	127	93.38
สถานภาพผู้สมรสการแต่งงานครั้งที่ 1		
คู่	98	46.22
หย่า	11	5.18
แยก	11	5.18
เสียชีวิต	92	43.39
จำนวนบุตรจากการแต่งงานครั้งที่ 1 (คน)		
1 – 4	129	60.84
5 – 9	55	25.98
≥ 10	11	5.18
ไม่มีบุตรจากการแต่งงานครั้งที่ 1	17	8.01
สถานภาพผู้สมรสการแต่งงานครั้งที่ 2		
คู่	27	12.73
หย่า	3	1.41
แยก	3	1.41
เสียชีวิต	15	7.07
ไม่ได้แต่งงานครั้งที่ 2	164	77.35

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณสมบัติของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
จำนวนบุตรจากการแต่งงานครั้งที่ 2 (คน)		
1 – 4	25	52.08
5 – 9	4	8.33
ไม่มีบุตรจากการแต่งงานครั้งที่ 2	19	39.58
สถานภาพคู่สมรสการแต่งงานครั้งที่ 3		
คู่	6	2.83
หย่า	2	0.94
เสียชีวิต	3	1.41
ไม่ได้แต่งงานครั้งที่ 3	201	94.81
จำนวนบุตรจากการแต่งงานครั้งที่ 3 (คน)		
1 – 4	7	63.63
5 – 9	2	18.18
ไม่มีบุตรจากการแต่งงานครั้งที่ 3	2	18.187
ลักษณะสาเหตุการตายของคู่สมรส		
เสียชีวิตตามปกติ	27	35.52
มะเร็ง	4	5.26
อุบัติเหตุ	4	5.26
เบาหวาน	4	5.26
ความดัน	4	5.26
หัวใจ	2	2.63
ไม่ทราบ	31	40.78

จากตารางที่ 2 พบว่า สถานภาพการการมีชีวิตของคู่สมรสผู้สูงอายุพบว่า ร้อยละ 35.58

เสียชีวิต ส่วนที่ยังมีชีวิตอยู่พบว่า ร้อยละ 93.38 อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 5.88 แยกกันอยู่

สาเหตุการเสียชีวิตของคู่สมรส พบว่า ร้อยละ 35.52 เสียชีวิตจากชราภาพ ร้อยละ 5.26

เสียชีวิตจากมะเร็ง

ตารางที่ 3 ข้อมูลของบุตร

รายการ	n	%
บุตรคนที่		
0	6	2.83
1	14	6.60
2	28	13.20
3	44	20.75
4	43	20.28
5	24	11.32
6	15	7.07
7	11	5.18
8	11	5.18
9	4	1.88
10	8	3.77
11	1	0.47
12	0	0.00
13	1	0.47
14	2	0.94

จากตารางที่ 3 พบว่า จำนวนบุตรสูงสุด 3 คน (ร้อยละ 20.75) รองลงมา 4 คน (ร้อยละ 20.28) และมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 20.75) โดยมีบุตรมากที่สุด 14 คน จำนวน 2 คู่

ตารางที่ 4 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุปัจจุบัน

ลักษณะ	n	%
โรคประจำตัว		
มี	84	39.62
ไม่มี	128	60.37
เป็นโรค		
กระดูก	5	5.95
กระเพาะ	1	1.19
กล้ามเนื้อ	9	10.71
สายตา	2	2.38
ผิวหนัง	2	2.38
ความดันโลหิตสูง	1	1.19
เก๊าท์	9	10.71
นิ้ว	2	2.38
หัวใจ	10	11.90
ไต	3	3.57
เลือด	3	3.57
หอบหืด	5	5.95
ไขมันในเส้นเลือด	10	11.90
อื่น ๆ	22	26.19
ประวัติการผ่าตัด		
มี	68	32.07
ไม่มี	144	67.92

ตารางที่ 4 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุปัจจุบัน

ลักษณะ	n	%
อวัยวะที่ผ่าตัด		
นิ้ว	20	30.76
ขา	10	15.38
กระดูก	9	13.84
อื่น ๆ	6	9.23
มะเร็ง	5	7.69
ท้อง	4	6.15
ลำไส้	4	6.15
ไส้ติ่ง	3	4.61
กระเพาะ	2	3.07
ปอด	2	3.07
คอ	2	3.07
ตา	2	3.07
หลัง	2	3.07
แขน	1	1.53
ใบหน้า	1	1.53
สมอง	1	1.53
ตับ	1	1.53
สถานที่ทำการรักษา		
โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย	68	32.07
โรงพยาบาลอื่น ๆ	144	67.92

จากตารางที่ 4 พบว่า ร้อยละ 39.62 ในกลุ่มผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากอคำ อ.แม่ลาว จ. เชียงราย มีโรคประจำตัวโดยส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 11.90 โรคหัวใจ ร้อยละ 11.90 เป็นโรกระบบกับกล้ามเนื้อ ร้อยละ 10.71 โรคเก๊าท์

ร้อยละ 32.07 มีประวัติในการผ่าตัด ส่วนอวัยวะหรือสาเหตุการผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นโรคนิ่ว (ร้อยละ 30.76) ผ่าตัดกระดูกและกระดูก (ร้อยละ 29.22) และผ่าตัดมะเร็ง (ร้อยละ 7.69)



ตารางที่ 5 สิทธิและวิธีการจัดการเกี่ยวกับการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุเมื่อไม่สบาย

ลักษณะ	n	%
การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สบาย		
พบแพทย์แผนปัจจุบัน	212	100.00
อื่น ๆ	0	0.00
ประวัติการรักษาหอบที่บ้าน		
เคย	1	0.47
ไม่เคย	211	99.52
บุคคลนำส่งเวลาไม่สบาย		
บุตร	119	56.13
คู่สมรส	23	10.84
ญาติพี่น้อง	16	7.54
เพื่อนบ้าน	2	0.94
อื่น ๆ	52	24.52
สถานที่รับการรักษาที่เป็นประจำ		
โรงพยาบาล	175	82.54
สถานเฝ้าไข้	36	16.98
คลินิก	1	0.47
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง (ผู้สูงอายุ)	177	83.48
เบิกได้ (ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	29	13.67
บัตรประกันสังคม	1	0.47
ไม่มี	1	0.47
อื่นๆ	4	1.88

ตารางที่ 5 สิทธิและวิธีการจัดการเกี่ยวกับการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุเมื่อไม่สบาย

รายการ	n	%
ระยะทางจากบ้านไปสถานเอนามัย (กิโลเมตร)		
≤ 2	154	72.64
3 – 4	37	17.45
≥ 5	21	9.90
ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาล (กิโลเมตร)		
≤ 2	183	86.32
3 – 4	3	1.41
≥ 5	26	12.26
ระยะทางจากบ้านไปคลินิก (กิโลเมตร)		
≤ 2	143	67.45
3 – 4	43	20.28
≥ 5	26	12.26
วิธีการเดินทางไปรับการรักษา		
เดินเท้า	8	3.77
รถจักรยาน	21	9.90
รถจักรยานยนต์	128	60.37
รถยนต์	50	23.58
รถโดยสารประจำทาง	5	2.35

จากตารางที่ 5 พบว่า การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในกรณีที่ไม่สบาย ร้อยละ 100.00 พบแพทย์แผนปัจจุบัน และร้อยละ 0.47 มีประวัติเคยเข้ารับการรักษากับหมอพื้นบ้าน

ในกรณีที่ไม่สบายส่วนใหญ่บุตรหลานเป็นผู้นำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 56.13) สถานที่เข้ารับการรักษาก็คือ โรงพยาบาลแม่ลาว (ร้อยละ 82.54) และร้อยละ 16.98 รับการรักษาที่สถานีนอนมัย

สิทธิในการรักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.48 รองลงมาเป็นกลุ่มสิทธิเบิกได้ ร้อยละ 13.67

ระยะห่างจากบ้านไปยังสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ พบว่าร้อยละ 72.64 อยู่ห่างจากสถานีนอนมัย ≤ 2 กิโลเมตร ร้อยละ 86.32 อยู่ห่างจากโรงพยาบาล ≤ 2 กิโลเมตร และส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์เวลาไปรับการรักษาสถานพยาบาลต่าง ๆ (ร้อยละ 60.37) และรองลงมาเดินทางไปโดยรถยนต์ (ร้อยละ 23.58)



ตารางที่ 6 พฤติกรรมเสี่ยงทั่วไปของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
การสูบบุหรี่		
สูบ	27	12.73
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	108	50.94
ไม่เคย	77	36.32
ระยะเวลาการสูบบุหรี่ (ปี) กรณียังสูบอยู่		
≤ 30	3	11.11
31 – 40	7	25.92
41 – 50	16	59.25
≥ 51	1	3.70
เคยสูบแต่เลิกแล้ว (ปี)		
≤ 30	78	72.22
31 – 40	18	16.66
41 – 50	10	9.25
≥ 51	2	1.85
การดื่มสุรา		
ดื่ม	36	16.98
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	69	32.54
ไม่เคย	107	50.47
ระยะเวลาการดื่มสุรา (ปี) กรณียังดื่มอยู่		
≤ 30	13	36.11
31 – 40	8	22.22
41 – 50	14	38.88
≥ 51	1	2.77

ตารางที่ 6 พฤติกรรมเสี่ยงทั่วไปของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
เคยดื่มแต่เล็กแล้ว (ปี)		
≤ 30	58	84.05
31 – 40	9	13.04
≥ 41	2	2.89
การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ		
รับประทาน	88	42.10
ไม่รับประทาน	120	57.41
ไม่ตอบ	1	0.47

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่ โดยพบว่า ร้อยละ 50.94 เป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แต่เล็กแล้ว และร้อยละ 12.73 เป็นกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ โดยกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 59.25 มีระยะเวลาสูบ 41-50 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาสูบ 31-40 ปี (ร้อยละ 25.92)

ในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แต่เล็กปัจจุบันเลิกแล้วพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เคยสูบ ≤ 30 ปี ร้อยละ 72.22 และ 31-40 ปี ร้อยละ 16.66

พฤติกรรมการดื่มสุราพบว่า ร้อยละ 32.54 เป็นกลุ่มที่เคยดื่มสุราแต่ปัจจุบันไม่ได้ดื่มแล้ว ร้อยละ 16.98 เป็นกลุ่มที่ดื่มสุรายังอยู่ ส่วนระยะเวลาในการดื่มสุราในกลุ่มที่ดื่มอยู่ร้อยละ 38.88 มีระยะเวลาดื่ม 41-50 ปี รองลงมาดื่ม ≤ 30 ปี ร้อยละ 36.11 ในกลุ่มที่เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้วพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาดื่ม ≤ 30 ปี ร้อยละ 84.05

พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.10 ยังรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ

ตารางที่ 7 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม

รายการ	N	%
สภาพบ้านเรือน		
ถาวร	212	100.00
ไม่ถาวร	0	0.00
ส้วม		
มี	211	99.52
ไม่มี	1	0.47
แหล่งน้ำดื่ม		
ประปาหมู่บ้าน	10	4.71
ประปาภูเขา	1	0.47
บ่อน้ำบาดาล	123	58.01
บ่อน้ำตื้น	34	16.03
น้ำดื่มบรรจุขวด	44	20.75
กรณีเป็นบ่อน้ำตื้นหรือบ่อน้ำบาดาลมีฝาปิด		
มี	28	17.83
ไม่มี	129	82.16
แหล่งน้ำใช้		
ประปาหมู่บ้าน	17	8.01
ประปาภูเขา	1	0.47
บ่อน้ำบาดาล	170	80.18
บ่อน้ำตื้น	21	9.90
น้ำดื่มบรรจุขวด	3	1.41
กรณีเป็นบ่อน้ำตื้นหรือบ่อน้ำบาดาลมีฝาปิด		
มี	45	23.56
ไม่มี	146	68.86

ตารางที่ 7 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม

รายการ	N	%
รอบบริเวณบ่อน้ำมีการเทลาดด้วยปูนซีเมนต์ รัศมี 1 เมตร		
ใช่	37	17.45
ไม่ใช่	175	82.54
แหล่งน้ำอยู่ห่างจากห้องส้วม 50 เมตร		
ใช่	81	38.20
ไม่ใช่	131	61.79
แหล่งน้ำอยู่ห่างจากจุดฝังกลบมูลฝอย 100 เมตร		
ใช่	11	5.18
ไม่ใช่	201	94.81
แหล่งน้ำอยู่ห่างจากบริเวณการเลี้ยงสัตว์ 100 เมตร		
ใช่	49	23.11
ไม่ใช่	163	76.88
การกำจัดขยะมูลฝอย		
เก็บโดยเทศบาล/อบต.	199	93.86
เผากลางแจ้ง	13	6.13
ความสะอาดบริเวณบ้าน		
สะอาด	24	11.32
ไม่สะอาด	165	77.83
สกปรก	23	10.84

ตารางที่ 7 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม

รายการ	N	%
การเลี้ยงสัตว์บริเวณบ้าน		
เลี้ยง	172	81.13
ไม่เลี้ยง	40	18.86
การเลี้ยงสัตว์บริเวณใต้ถุนบ้าน		
เลี้ยง	107	50.47
ไม่เลี้ยง	105	49.52
มูลสัตว์บริเวณบ้าน		
มี	77	36.32
ไม่มี	135	63.67
ถังขยะ		
มีฝาปิด	18	8.49
ไม่มีฝาปิด	194	91.50
ถังขยะแบบทำเหยียบ		
ใช่	1	0.47
ไม่ใช่	211	99.52
มีแหล่งน้ำขัง		
มี	18	8.49
ไม่มี	194	91.50
มีแหล่งปศุสัตว์		
มี	52	11.79
ไม่มี	160	75.47

ตารางที่ 7 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม

รายการ	N	%
ร้อยละ 10 ของฝาผนังทั้งหมดติดต่อกับภายนอก (ไม่นับรวมกับพื้นที่ของประตู หน้าต่าง และช่องระบายอากาศที่ติดต่อกับห้องอื่นช่องทางกับภายในอาคาร)		
ใช่	211	99.52
ไม่ใช่	1	0.47
ร้อยละ 20 ของพื้นที่ห้องสามารถรับแสงสว่างจากภายนอกได้		
ใช่	211	99.52
ไม่ใช่	1	0.47
ร้อยละ 10 ของห้องนอนมีประตูหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ		
ใช่	204	96.22
ไม่ใช่	8	3.77
ความสะอาดห้องนอน		
สะอาด	67	31.60
ไม่สะอาด	145	68.39
ความสะอาดห้องน้ำ		
สะอาด	6	2.83
ปานกลาง	185	87.26
สกปรก	21	9.90
ที่ล้างมือในห้องน้ำ		
มี	60	28.30
ไม่มี	152	71.69

ตารางที่ 7 ข้อมูลสิ่งแวดล้อม

รายการ	N	%
สบู่ในห้องน้ำ		
มี	212	100.00
ไม่มี	0	0.00
ความแข็งแรงห้องน้ำ		
แข็งแรง	208	98.11
ไม่แข็งแรง	4	1.88
ความปลอดภัยห้องน้ำ		
ปลอดภัย	207	97.64
ไม่ปลอดภัย	5	2.35

จากตารางที่ 7 ข้อมูลสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านเรือนที่คงทนถาวร (ร้อยละ 100) และร้อยละ 99.52 มีส้วมใช้ แหล่งคิมน้ำส่วนใหญ่เป็นบ่อนบาดาล (ร้อยละ 58.01) รองลงมาเป็นบ่อน้ำตื้น (ร้อยละ 16.03) แหล่งน้ำใช้ร้อยละ 80.18 เป็นบ่อนบาดาล

ร้อยละ 61.79 มีแหล่งน้ำอยู่ใกล้ห้องส้วม ร้อยละ 94.81 มีแหล่งน้ำอยู่ใกล้จุดฝังกลบขยะ และร้อยละ 76.88 มีแหล่งน้ำอยู่ห่างจากการเลี้ยงสัตว์ไม่ถึง 100 เมตร

วิธีการกำจัดขยะมูลฝอย พบว่าร้อยละ 73.83 เก็บโดยเทศบาล ร้อยละ 77.83 พบว่าบริเวณบ้านยังไม่สะอาด และมีการเลี้ยงสัตว์บริเวณบ้าน ร้อยละ 81.13 ส่วนในบริเวณบ้านพบว่า ร้อยละ 8.49 มีแหล่งน้ำขัง และร้อยละ 11.79 มีแหล่งปฏิกูล

ห้องน้ำพบว่า ร้อยละ 9.90 ยังมีความสกปรก ร้อยละ 71.69 ไม่มีสบู่ในห้องน้ำ ร้อยละ 2.35 พบว่า ห้องน้ำไม่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

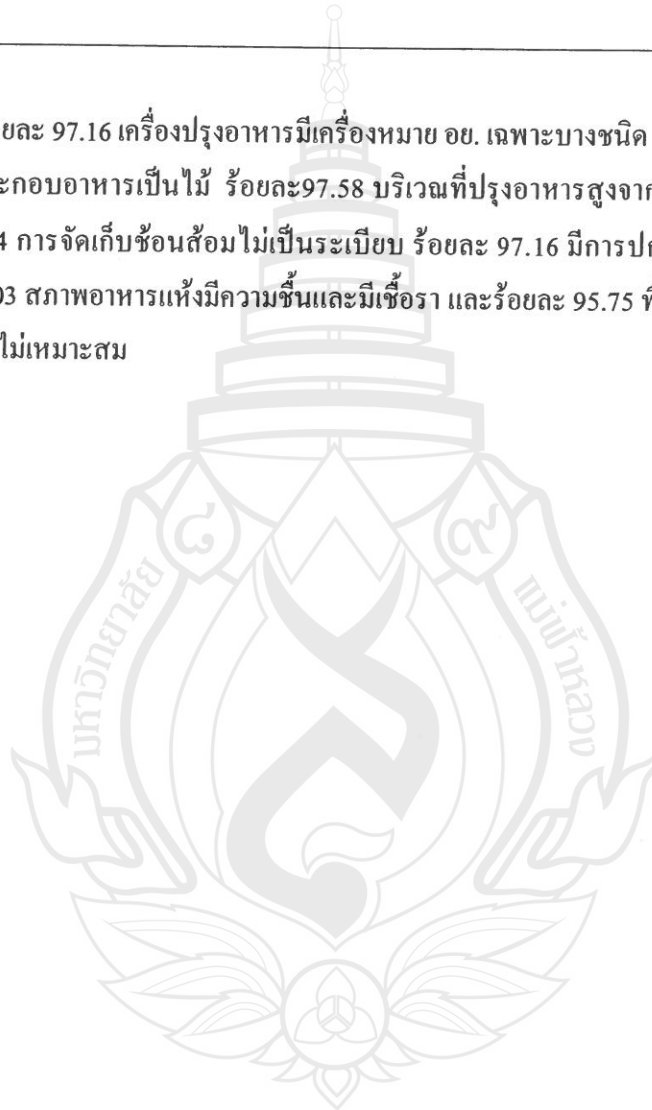
ตารางที่ 8 ข้อมูลสุขภาพโภชนาการ

รายการ	n	%
เครื่องปรุงอาหารมีเครื่องหมาย อย.		
ทุกชนิด	3	1.41
มีเฉพาะบางชนิด	206	97.16
ไม่มี อย.	3	1.41
ลักษณะพื้นผิวที่ประกอบอาหาร		
ไม้	79	95.18
พลาสติก	1	1.20
สแตนเลส	1	1.20
พื้นดิน	2	2.40
บริเวณที่ปรุงอาหารสูงจากพื้น (เซนติเมตร)		
≤ 60	121	97.58
≥ 61	3	2.41
การจัดเก็บข้อสัมผัส		
เอาด้ามขึ้น	3	1.41
เอาด้ามลง	55	25.94
ไม่เป็นระเบียบ	154	72.64
การปกปิดอาหารที่ปรุงสุกแล้ว		
ปกปิด/มิดชิด	206	97.16
ไม่ปกปิด	6	2.83
สภาพอาหารแห้ง		
สภาพดี	19	8.96
ชื้น/มีเชื้อรา	193	91.03

ตารางที่ 8 ข้อมูลสุขาภิบาลอาหาร

รายการ	n	%
พื้นที่ทำความสะอาดจาน/ชาม		
เหมาะสม	9	4.24
ไม่เหมาะสม	203	95.75

จากตารางที่ 8 พบว่า ร้อยละ 97.16 เครื่องปรุงอาหารมีเครื่องหมาย อย. เฉพาะบางชนิด ร้อยละ 95.18 มีลักษณะพื้นผิวที่ประกอบอาหารเป็นไม้ ร้อยละ 97.58 บริเวณที่ปรุงอาหารสูงจากพื้น ≥ 60 เซนติเมตร ร้อยละ 72.64 การจัดเก็บข้อสัมผัสไม่เป็นระเบียบ ร้อยละ 97.16 มีการปกปิดอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ร้อยละ 91.03 สภาพอาหารแห้งมีความชื้นและมีเชื้อรา และร้อยละ 95.75 พื้นที่ในการทำทำความสะอาดจาน/ชาม ไม่เหมาะสม



ตารางที่ 9 ผลการตรวจชีวเคมีร่างกายครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
ทั้งหมด	131	100.00
เพศ		
ชาย	52	39.69
หญิง	79	60.30
อายุ (ปี)		
60-64	19	14.50
65-69	34	25.95
70-74	31	23.66
75-79	29	22.13
≥80	18	13.74
Red Blood Cells ($\times 10^6 \text{ mm}^3$)		
≤3.7	5	3.81
3.8-5.8	119	90.83
≥5.9	7	5.34
HGB (mg/dl)		
≤10.9	8	6.10
11.6-16.5	91	69.46
≥16.6	32	24.42
HCT (%)		
≤35.0	10	7.63
35.1-45.0	100	76.33
≥45.1	21	16.03

ตารางที่ 9 ผลการตรวจชีวเคมีร่างกายครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
MCV (μm^3)		
≤ 79	25	19.08
80-97	95	72.51
≥ 98	11	8.39
MCH (pg)		
≤ 25.4	27	20.61
25.5-30.5	66	50.38
≥ 30.6	38	29.00
MCHC (mg/dl)		
≤ 30.9	13	9.92
31.0-33.0	96	73.28
≥ 33.1	22	16.79
RDW (%)		
≤ 10.9	17	12.97
11.0-16.0	108	82.44
≥ 16.1	6	4.58
PLT ($\times 10^3 \text{mm}^3$)		
≤ 139	5	3.81
140-400	122	93.12
≥ 401	4	3.05

ตารางที่ 9 ผลการตรวจชีวเคมีร่างกายครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
MPV (μm^3)		
≤ 7.5	8	6.10
7.6-8.6	58	44.27
≥ 8.7	65	49.61
PDW (%)		
≤ 10.9	7	5.34
11.0-18.0	108	82.44
≥ 18.1	16	12.21
PCT (%)		
≤ 0.199	59	45.03
≥ 0.200	72	54.96
WBC ($\times 10^3 \text{mm}^3$)		
≤ 3.9	43	32.88
4.0-10.0	78	59.54
≥ 10.1	10	7.63
NEU (%)		
≤ 42.9	18	13.74
43.0-76.0	101	77.09
≥ 76.1	12	9.16
LYM (%)		
≤ 30.9	14	10.68
31.0-45.0	91	69.46
≥ 45.1	26	19.84

ตารางที่ 9 ผลการตรวจชีวเคมีร่างกายครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
MON (%)		
≤4.0	87	66.41
≥4.1	44	33.58
EOS (%)		
≤10.9	115	87.78
11.0-19.9	12	9.16
≥20.0	4	3.05
BAS (%)		
≤0.6	100	76.33
≥0.7	31	23.66
ALY (%)		
≤2.5	75	57.25
≥2.6	56	42.74
LIC (%)		
≤0.5	120	91.60
≥0.6	11	8.39

ตารางที่ 9 ผลการตรวจชีวเคมีร่างกายครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุ

รายการ	n	%
Cholesterol (mg/dl)		
≤149	5	0.07
150-250	103	78.62
≥251	23	17.55
Triglyceride (mg/dl)		
≤170	96	73.28
≥171	35	26.75
FBS (mg/dl)		
≤80	33	25.19
81-120	83	63.35
≥121	15	11.45
Uric acid (mg/dl)		
≤1.4	15	11.45
1.5-7.0	91	69.46
≥7.1	25	19.08
SGPT (IU/L)		
≤41	119	90.83
≥42	10	7.63
Specimen ไม่เพียงพอ	2	1.52

จากตารางที่ 9 พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 212 คน เข้ามารับการเจาะเลือดเพื่อ
ประเมินสุขภาพ จำนวน 131 คน ร้อยละ 60.30 เป็นเพศชาย ร้อยละ 25.95 มีอายุระหว่าง 65-69 ปี
ร้อยละ 23.66 มีอายุระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 22.13 มีอายุระหว่าง 75-79 ปี

ผลการตรวจชีวเคมีร่างกายครั้งที่ 1 ของผู้สูงอายุพบว่า มี Cholesterol มากกว่าปกติ (251
mg/dl) ร้อยละ 17.55 มี Triglyceride มากกว่าปกติ (170 mg/dl) ร้อยละ 73.28 มี FBS มากกว่าปกติ
(121 mg/dl) ร้อยละ 11.45 มี Uric acid มากกว่าปกติ (7.1 mg/dl) ร้อยละ 19.08 และมี SGTP
มากกว่าปกติ (42 IU/L) ร้อยละ 7.63



ตารางที่ 10 ผลการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Examination)

รายการ	n	%
ทั้งหมด	131	100.00
BP		
Systolic Blood Pressure		
≤149 ปกติ	103	78.62
≥150 ผิดปกติ	28	21.37
Diastolic Blood Pressure		
≤94 ปกติ	108	82.44
≥95 ผิดปกติ	23	17.55
Regular medication		
มี	42	32.06
ไม่มี	89	67.93
Allergy		
พบ	9	6.87
ไม่พบ	112	93.12
Edema		
พบ	2	1.52
ไม่พบ	129	98.47
Wheezing		
พบ	1	0.76
ปกติ	130	99.23

ตารางที่ 10 ผลการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Examination)

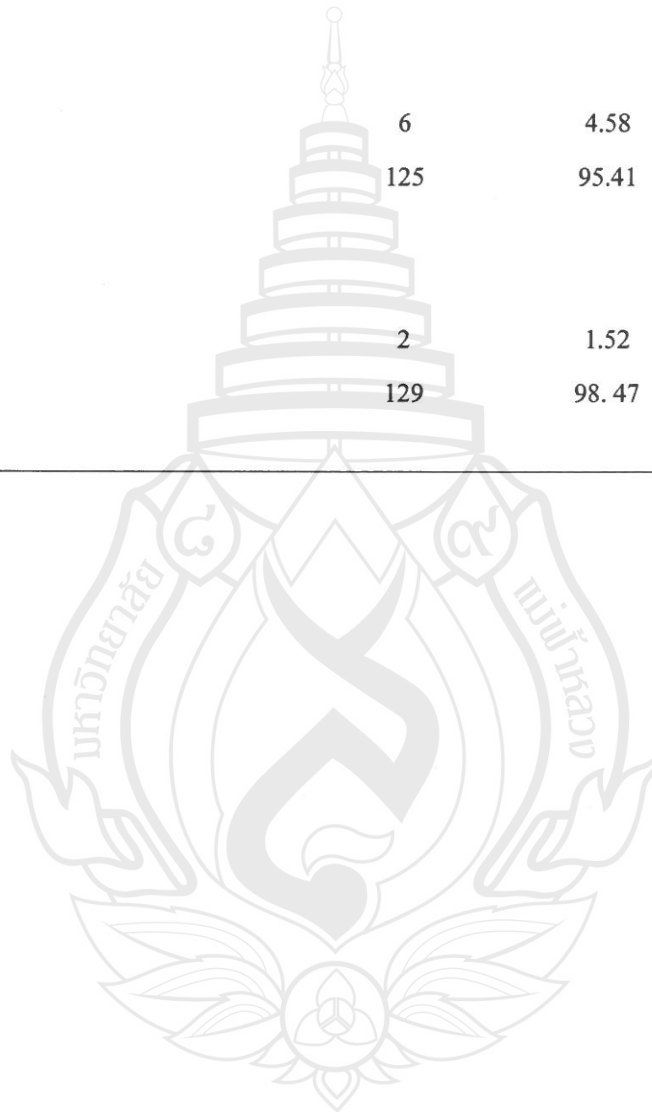
รายการ	n	%
Deformity		
ผิดปกติ	15	11.45
ปกติ	116	88.54
Mobility		
ไม่ปกติ	19	14.50
ปกติ	112	85.49
Lymph nodes		
ผิดปกติ	4	3.05
ปกติ	127	96.49
Skin		
ผิดปกติ	16	12.21
ปกติ	115	87.78
Eye		
ผิดปกติ	40	30.53
ปกติ	91	69.46
Ear		
ผิดปกติ	15	11.45
ปกติ	116	88.54
Throat		
ผิดปกติ	49	37.40
ปกติ	82	62.59

ตารางที่ 10 ผลการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Examination)

รายการ	n	%
Neck		
ผิดปกติ	3	2.29
ปกติ	128	97.70
Crepitation		
พบ	1	0.76
ไม่พบ	130	99.23
Abdomen		
ผิดปกติ	18	13.74
ปกติ	113	86.25
LSKK		
ผิดปกติ	1	0.76
ปกติ	130	99.23
Spine		
ผิดปกติ	6	4.58
ปกติ	125	95.41
Upper limbs		
ผิดปกติ	8	6.10
ปกติ	123	93.89
Lower limbs		
ผิดปกติ	4	3.05
ปกติ	127	96.94

ตารางที่ 10 ผลการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Examination)

รายการ	<i>n</i>	%
Weakness		
พบ	1	0.76
ไม่พบ	130	99.23
Numbness		
ผิดปกติ	6	4.58
ปกติ	125	95.41
Sensory		
ผิดปกติ	2	1.52
ปกติ	129	98.47



ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคุณสมบัติชีวเคมีร่างกายระหว่างเพศของผู้สูงอายุ

รายการ	เพศ		p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)	
ทั้งหมด	52(100.00)	79(100.00)	
Cholesterol (mg/dl)			
≤149	4(7.69)	1(1.28)	0.073*
150-250	42(80.76)	61(78.20)	
≥251	6(11.53)	17(21.79)	
Triglyceride (mg/dl)			
≤170	38(73.07)	58(74.35)	0.560
≥171	14(26.92)	21(26.92)	
FBS (mg/dl)			
≤80	10(19.23)	23(29.48)	0.317
81-120	37(71.15)	46(58.97)	
≥121	5(9.61)	10(12.82)	
SGPT (IU/L)			
≤30	40(76.92)	70(89.74)	0.063*
≥31	12(23.07)	9(11.53)	
Uric acid (mg/dl)			
≤1.4	0(0.00)	1(1.28)	0.137
1.5-7.0	38(73.07)	67(85.89)	
≥7.1	14(26.92)	11(14.10)	

* $\alpha = 0.050$

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคุณสมบัติชีวเคมีร่างกายระหว่างเพศของผู้สูงอายุ

รายการ	เพศ		p-value
	ชาย (%)	หญิง(%)	
MCH (Pg)			
≤25.4	9(17.30)	18(23.07)	0.431
25.5-30.5	30(57.69)	36(46.15)	
≥30.6	13(25.00)	24(30.76)	
MCHC (mg/dl)			
≤30.9	5(9.61)	8(10.25)	0.833
31.0-33.0	37(71.15)	59(75.64)	
≥33.1	10(19.23)	12(15.38)	
RDW (%)			
≤10.9	6(11.53)	11(14.10)	0.924
11.0-16.0	44(84.61)	65(83.33)	
≥16.1	2(3.84)	3(3.84)	
PLT (x10 ³ mm ³)			
≤139	2(3.84)	3(3.84)	0.830
140-400	49(94.23)	73(93.58)	
≥401	1(1.92)	3(3.84)	
MPV (%)			
≤7.5	3(5.76)	5(6.41)	0.939
7.6-8.6	24(46.15)	34(43.58)	
≥8.7	25(48.07)	40(51.28)	

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคุณสมบัติชีวเคมีร่างกายระหว่างเพศของผู้สูงอายุ

รายการ	เพศ		p-value
	ชาย (%)	หญิง(%)	
PDW (%)			
≤10.9	3(5.76)	6(7.69)	0.900
11.0-18.0	43(82.69)	65(83.33)	
≥18.1	6(11.53)	8(10.25)	
PCT (%)			
≤0.199	28(53.84)	31(39.74)	0.072*
≥0.200	24(46.15)	48(61.53)	
NEU (%)			
≤42.9	11(21.15)	16(20.25)	0.535
≥43.0	41(78.84)	63(79.74)	
LYM (%)			
≤30.9	7(13.72)	6(7.59)	0.049*
31.0-45.0	39(76.47)	52(65.82)	
≥45.1	5(9.80)	21(26.58)	
MON (%)			
≤4.0	35(67.30)	52(65.82)	0.507
≥4.10	17(32.69)	27(34.17)	
EOS (%)			
≤0.9	45(86.53)	70(89.74)	0.635
11.0-19.0	6(11.53)	6(7.69)	
≥20.0	1(1.92)	3(3.84)	

*α = 0.050

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคุณสมบัติชีวเคมีร่างกายระหว่างเพศของผู้สูงอายุ

รายการ	เพศ		p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)	
BAS (%)			
≤0.6	42(80.76)	58(74.35)	0.225
≥0.7	10(19.23)	21(26.92)	
ALY (%)			
≤2.5	29(55.76)	46(58.97)	0.460
≥2.6	23(44.23)	33(42.30)	
LIC (%)			
≤0.5	48(92.30)	72(92.30)	0.542
≥0.6	4(7.69)	7(8.97)	

จากตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคุณสมบัติชีวเคมีร่างกายของผู้สูงอายุระหว่างเพศพบว่า Cholesterol และSGPT มีค่า *p-value* ใกล้เคียง 0.050 นอกนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวเคมีแยกตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ (ครั้งที่ 1)

รายการ	อายุ (ปี)					p-value
	60-64	65-69	70-74	75-79	≥80	
ทั้งหมด	19	34	31	29	18	
Cholesterol (mg/dl)						
≤250	13(68.42)	27(79.41)	26(83.87)	26(89.65)	16(88.88)	0.355
≥251	6(31.57)	7(20.58)	5(16.12)	3(10.34)	2(11.11)	
Triglyceride (mg/dl)						
≤170	13(68.47)	26(74.47)	25(80.64)	21(72.41)	11(61.11)	0.620
≥171	6(31.57)	8(23.52)	6(19.35)	8(27.58)	7(38.88)	
FBS (mg/dl)						
≤80	9(47.36)	21(61.76)	22(70.96)	16(55.17)	15(83.33)	0.058*
81-120	7(36.84)	10(29.41)	9(29.03)	6(20.68)	1(5.55)	
≥121	3(15.78)	3(8.82)	0(0.00)	7(24.13)	2(11.11)	
SGPT (IU/L)						
≤41	19(100.00)	30(88.23)	29(93.54)	26(89.65)	17(94.44)	0.580
≥42	0(0.00)	4(11.76)	2(6.45)	3(10.34)	1(5.55)	
Uric acid (mg/dl)						
≤1.5	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(5.55)	0.176
≥1.6	19(100.00)	34(100.00)	31(100.00)	29(100.00)	17(94.44)	
MCH (mg)						
≤26.9	3(15.78)	11(32.35)	8(25.80)	7(24.13)	9(52.94)	0.440
27.0-32.0	14(73.68)	21(61.76)	21(67.74)	21(74.41)	7(41.17)	
≥32.1	2(10.32)	2(5.88)	2(6.54)	1(3.44)	1(5.88)	

*α = 0.050

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวเคมีแยกตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ (ครั้งที่ 1)

รายการ	อายุ (ปี)					p-value
	60-64	65-69	70-74	75-79	≥80	
MCHC (mg/dl)						
≤31.4	6(31.57)	8(23.52)	7(22.58)	8(27.58)	8(44.44)	0.580
31.5-35.0	13(68.42)	26(76.47)	24(44.41)	21(72.41)	10(55.55)	
RDW (%)						
≤10.9	4(21.05)	2(5.88)	4(12.90)	6(20.68)	1(5.55)	0.210
11.0-16.0	15(78.94)	31(91.17)	27(87.09)	20(68.96)	16(88.88)	
≥16.1	0(0.00)	1(2.94)	0(0.00)	3(10.34)	1(5.55)	
PLT (x10³ mm³)						
≤149	1(5.26)	0(0.00)	4(12.90)	1(3.44)	2(11.11)	0.312
150-500	18(94.73)	34(100.00)	27(87.09)	27(93.10)	16(88.88)	
≥501	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.44)	0(0.00)	
PDW (%)						
≤10.9	3(15.78)	3(79.41)	2(83.87)	1(3.44)	0(0.00)	0.803
11.0-18.0	14(73.68)	27(79.41)	26(83.87)	25(86.20)	16(88.88)	
≥18.1	2(10.52)	4(11.76)	3(9.67)	3(10.43)	2(11.11)	
PCT (%)						
≤0.149	1(5.26)	1(2.94)	4(12.90)	1(3.44)	3(16.66)	0.264
0.150-0.500	18(94.73)	33(97.05)	27(87.09)	28(96.55)	15(83.33)	

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวเคมีแยกตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ (ครั้งที่ 1)

รายการ	อายุ (ปี)					p-value
	60-64	65-69	70-74	75-79	≥80	
WBC (x10 ³ mm ³)						
4.0-10.0	16(84.21)	33(97.05)	28(90.32)	27(93.10)	17(94.44)	0.530
≥10.1	3(15.78)	1(2.94)	3(9.67)	2(6.89)	1(5.55)	
NEU (%)						
≤42.9	3(15.78)	6(17.64)	10(32.25)	4(13.79)	4(22.22)	0.423
43.0-76.0	16(84.21)	28(82.35)	21(67.74)	25(86.20)	14(77.77)	
LYM (%)						
17.0-48.0	15(83.33)	30(88.23)	27(87.09)	28(96.55)	17(94.44)	0.545
≥48.1	3(16.66)	4(11.76)	4(12.90)	1(3.44)	1(5.55)	
MON (%)						
≤4.9	18(94.73)	30(88.23)	26(83.87)	25(86.20)	17(94.44)	0.706
5.0-10.0	1(5.26)	4(11.76)	5(16.12)	4(13.79)	1(5.55)	
EOS (%)						
≤0.9	0(0.00)	1(2.94)	4(12.90)	1(3.44)	1(5.55)	0.426
1.0-3.0	6(31.57)	9(26.47)	5(16.12)	11(37.93)	5(27.77)	
≥3.1	13(68.42)	24(70.58)	22(70.96)	17(58.62)	12(66.66)	
RBC (x10 ⁶ mm ³)						
≤4.49	10(52.63)	7(20.58)	13(41.93)	14(48.27)	11(61.11)	0.057
4.50-6.50	9(47.36)	27(79.41)	17(54.83)	15(51.72)	6(33.33)	
≥6.51	0(0.00)	0(0.00)	1(3.22)	0(0.00)	1(5.55)	

ตารางที่ 12 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวเคมีแยกตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ (ครั้งที่ 1)

รายการ	อายุ (ปี)					p-value
	60-64	65-69	70-74	75-79	≥80	
HGB (mg/dl)						
≤12.49	6(31.57)	8(23.52)	8(25.80)	9(31.03)	10(55.55)	0.307
12.50-18.00	13(68.42)	26(76.47)	22(70.96)	20(68.96)	8(44.44)	
≥18.01	0(0.00)	0(0.00)	1(3.22)	0(0.00)	0(0.00)	
HCT (%)						
≤36.9	3(15.78)	2(5.88)	4(12.90)	8(27.58)	5(27.77)	0.239
37.0-54.0	16(84.21)	32(94.11)	26(83.87)	21(72.41)	13(72.22)	
≥54.1	0(0.00)	0(0.00)	1(3.22)	0(0.00)	0(0.00)	
MCV (%)						
≤74	3(15.42)	3(8.82)	4(12.90)	2(6.89)	4(22.22)	0.731
75-95	13(68.42)	25(73.52)	20(64.51)	24(82.75)	12(66.66)	
≥96	3(15.78)	6(17.64)	7(22.58)	3(10.34)	2(11.11)	
LIC (%)						
0.00-0.30	11(57.89)	26(76.47)	20(64.51)	21(72.41)	10(55.55)	0.176
≥0.31	8(42.10)	8(23.52)	11(35.48)	8(27.58)	8(44.44)	

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าชีวเคมีร่างกายของผู้สูงอายุกับระดับช่วงอายุ พบว่า ค่า FBS เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกนั้นไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ

ตารางที่ 13 ผลการประเมินสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุโดยแบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai General Health Questionnaire 28)

คำถาม	ระดับ				
	ดีกว่าปกติ	เหมือนปกติ	แย่กว่าปกติ	แย่กว่าปกติมาก	ไม่ตอบ
รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี	7.8	64.7	22.4	1.7	3.4
รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา	25.9	24.1	41.4	4.3	4.3
รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	34.5	36.2	25.0	0.9	3.4
รู้สึกไม่สบาย	37.9	37.9	19.8	0.9	3.4
เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	52.6	35.3	6.9	0.9	4.3
รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	56.9	31.9	7.8	0.0	3.4
มีอาการวูบร้อนหรือหนาว	58.6	32.8	4.3	0.9	3.4
นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	55.2	20.7	17.2	3.4	3.4
ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว	55.2	22.4	18.1	0.9	3.4
รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	65.5	20.7	8.6	0.9	4.3
รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี	58.6	29.3	7.8	0.9	3.4
รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	75.9	12.1	6.9	0.0	5.2
รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทับถมจนรับไม่ไหว	62.9	23.3	9.5	0.9	3.4
รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา	70.7	19.0	6.0	0.0	4.3
หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	3.4	86.2	4.3	1.7	4.3
หาอะไรช้ากว่าปกติ	0.9	41.4	52.6	0.9	4.3
รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี	0.9	83.6	12.1	0.0	3.4
พอใจกับการที่ทำงานถูกลงไป	5.2	87.7	4.3	0.0	3.4
รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ	10.3	81.0	5.2	0.0	3.4
รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้	3.4	87.1	4.2	0.0	3.4
มีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	11.2	81.0	3.4	0.0	4.3
คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	75.9	12.1	8.6	0.0	3.4
รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	76.7	12.1	7.8	0.0	3.4
รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	75.9	11.2	7.9	3.4	3.4
คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง	81.9	3.4	9.5	1.7	3.4
รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เพราะประสาทตึงเครียดมาก	70.7	18.1	7.8	0.0	3.4
พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ	86.2	6.9	3.4	0.0	3.4
พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ	83.6	5.2	5.2	1.7	3.4

ตารางที่ 14 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำถาม	ระดับ				
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ไม่ตอบ	ไม่ตอบ	ไม่ตอบ	ไม่ตอบ	ไม่ตอบ	ไม่ตอบ
คำถาม	คำถาม	คำถาม	คำถาม	คำถาม	คำถาม
ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นเพียงใด	0.9	7.8	42.2	28.4	13.8
การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด	18.1	25.0	32.8	16.4	0.9
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	1.7	6.9	37.1	42.2	6.0
ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด	1.7	7.8	19.0	44.0	20.7
ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	0.0	0.9	21.6	59.5	12.1
ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ เพียงใด	0.0	9.0	29.3	52.6	11.2
ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักเพียงใด	0.9	0.0	21.6	49.1	21.6
ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงาเศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	48.3	24.1	16.4	4.3	0.9
ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	0.0	0.0	40.5	41.4	10.3
ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	16.4	20.7	24.1	24.1	7.8
ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด	0.0	3.4	36.2	41.4	12.1

ตารางที่ 14 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำถาม	ระดับ					
	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
ไม่ตอบ	มาก	มากที่สุด	ไม่ตอบ	คำถาม	คำถาม	
ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมานี้แค่ไหน	0.0	4.3	11.2	48.3	29.3	6.9
ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ไหม	3.4	3.4	18.1	29.3	38.9	6.9
ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	0.0	0.9	13.8	58.6	19.8	6.9
ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	0.0	2.6	12.1	56.9	21.6	6.9
ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	0.9	15.5	50.0	19.8	6.9	6.9
ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	0.9	6.9	27.6	49.1	8.6	6.9
ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.4	7.8	18.1	50.9	12.9	6.9
ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	12.1	6.9	28.4	37.9	7.8	6.9
สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	1.7	3.4	19.8	51.7	16.4	6.9
ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	11.2	5.2	19.0	45.7	12.1	6.9
ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	0.0	0.0	12.9	57.8	22.4	6.9
ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	1.7	5.2	15.5	47.4	23.3	6.9

จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย พบว่าผู้สูงอายุรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 78 ปี มีโรคประจำตัวเป็นหืดหอบ ผู้สูงอายุรายที่ 2 เพศชาย อายุ 77 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุรายที่ 3 เพศหญิง อายุ 77 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและโรคกระเพาะอาหาร ผู้สูงอายุรายที่ 4 เพศชาย อายุ 76 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพองและโรคกระเพาะอาหาร ผู้สูงอายุรายที่ 5 เพศหญิง อายุ 72 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคไขมันในเส้นเลือด จะเห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุบางรายที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคการรับยาและการเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล โดยที่ผู้สูงอายุรายที่ 1 มักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว และมียาที่แพทย์จัดมาให้คือ Theophylline, Oparorphenadrine, Bromhexine Salbutamol, MTV, CPM ส่วนใหญ่ยาที่ได้รับเป็นชนิดเม็ด ผู้สูงอายุรายที่ 2 ไม่มีโรคประจำตัวเวลาไม่สบายเล็ก ๆ น้อยมักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลค่ายเม็งรายมหาราช ผู้สูงอายุรายที่ 3 มักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว และมียาที่แพทย์จัดมาให้คือยาลดความดันโลหิตสูงและยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่ยาที่ได้รับเป็นชนิดเม็ด โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่รับประทานยาตามที่แพทย์ระบุก็จะมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุบางครั้งเกิดอาการเหมือนมีอะไรมารัดคอไว้ทำให้ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์ระบุไว้ตลอด ผู้สูงอายุรายที่ 4 มักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว และมียาที่แพทย์จัดมาให้คือยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่ยาที่ได้รับเป็นชนิดเม็ด โรคถุงลมโป่งพอง จะมีอาการเหนื่อยหรือเกิดอาการหืดหอบได้ง่ายทำให้ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์ระบุไว้เหมือนกัน ผู้สูงอายุรายที่ 5 มักจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลค่ายเม็งรายมหาราช และมียาที่แพทย์จัดมาให้คือ Eucor Simv และยาลดไขมันในเส้นเลือด ส่วนใหญ่ยาที่ได้รับเป็นชนิดเม็ด และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อยู่เสมอ เช่น ได้รับคำแนะนำห้ามรับประทานอาหารที่มีรสเผ็ด รสจัด รสเค็มสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคกระเพาะอาหาร ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโรคไขมันในเส้นเลือดแพทย์ให้คำแนะนำโดยไม่ให้รับประทานอาหารที่มีความมัน เป็นต้น

การเข้ารับการรักษายาของโรงพยาบาลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปเข้ารับการรักษาที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล เท่านั้น เพราะโรงพยาบาลของรัฐบาลมีค่าใช้จ่ายที่ถูกลงกว่าโรงพยาบาลของเอกชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกเมื่อตัวเองป่วย ไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็จะไปพบแพทย์ด้วยตัวเองที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัย และถ้ามีอาการหนักก็จะให้ลูกหลานพาไปส่งที่โรงพยาบาล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ใช้สมุนไพรในการรักษาสาเหตุที่ไม่ใช้คือไม่ค่อยรู้จักสมุนไพรและไม่ว่าจะใช้ยาสมุนไพรชนิดไหนมารักษา มีผู้สูงอายุ 1 ราย ที่ใช้สมุนไพรในการรักษาโรคนี้โดยใช้สมุนไพรในการต้มแต่ก็ไม่กล้ารับประทานเยอะเพราะเกรงว่าทานเข้าไปแล้วอาจจะรักษาไม่ตรงกับอาการและโรคที่เป็นและอีกเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่รับประทานยาสมุนไพรคือทานไปแล้วเห็นผลช้าจึงหันมารับประทานยาตามที่แพทย์ระบุเท่านั้น

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่จะไม่ได้ออกกำลังกายแล้ว สาเหตุที่ไม่ได้ออกกำลังกายแล้วคือผู้สูงอายุมีอายุมากแล้วประกบกับผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว และมีผู้สูงอายุบางรายชอบทำงานบ้าน ทำความสะอาดบริเวณบ้านก็ถือเป็นการออกกำลังกายไปในตัว

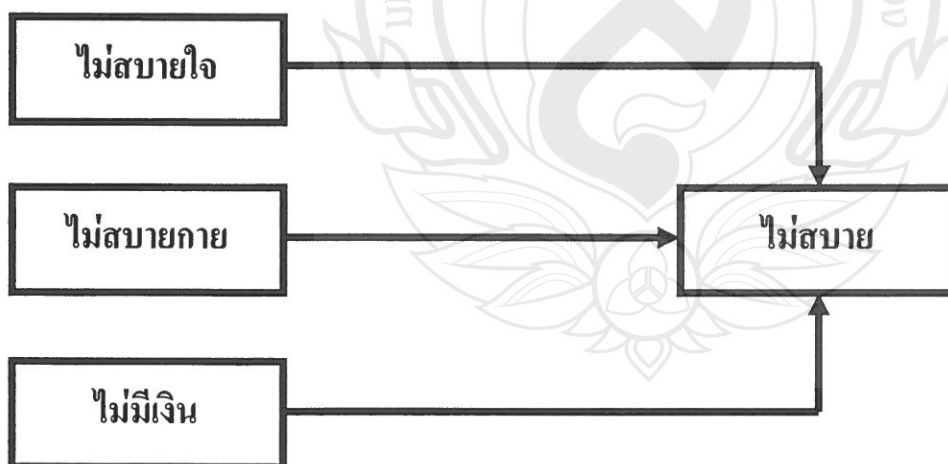
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูบบุหรี่ มีผู้สูงอายุจำนวน 1 รายที่ไม่สูบบุหรี่ สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูบบุหรี่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา เลี้ยงวัว เลี้ยงควายในป่า จึงมียุ่งมากัดจำนวนนมาก จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูบบุหรี่เพื่อใช้ประโยชน์จากควันบุหรี่ไต่ยุง ป้องกันยุงกัด นี่ก็เป็นข้อดีของการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีผู้สูงอายุบางรายได้บอกว่าสูบบุหรี่แล้วทำให้มีความสุขก็เลยสูบ ข้อดีของการสูบบุหรี่มีผู้สูงอายุบางรายกล่าวว่าไม่ทราบว่าการสูบบุหรี่ดีหรือไม่ใช้อย่างไรแต่ก็ยังสูบ บางรายกล่าวว่ารู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสิ่งไม่ดีแต่ก็สูบเพราะมีความสุขถึงได้สูบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 10 กว่าปีมาแล้ว และมีผู้สูงอายุบางรายที่สูบบุหรี่มานานกว่า 70 ปี ปัจจุบันผู้สูงอายุทั้ง 5 ราย เลิกสูบบุหรี่แล้ว เนื่องจากสูบบุหรี่แล้วส่งผลต่อสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้สูงอายุแต่ละราย มีผู้สูงอายุจำนวน 1 รายพบว่า เคยเลิกสูบบุหรี่มาแล้ว 1 ปีแล้วกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง สาเหตุของการกลับมาสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุรายนี้คือ มีความอยากในการสูบบุหรี่มาก ๆ จึงกลับมาสูบอีกแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูบเป็นใบตองแห้งและยาเส้น

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มสุรา สาเหตุที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มสุราคือดื่มเพื่อเข้าสังคม เพื่อนฝูง เยอะ และดื่มเฉพาะเทศกาล ข้อดีของการดื่มสุราของผู้สูงอายุบางรายกล่าวว่าดื่มแล้วมีความสุข จากที่เป็นคนไม่ชอบพูดคุยพอดื่มสุราเข้าไปแล้วก็พูดคุยได้เยอะและมีความสุข ชนิดของสุราที่ดื่มคือเหล้าขาวและเหล้าแดงยา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยคิดที่จะเลิกดื่มสุราเพราะว่าส่งผลต่อสุขภาพตอนอายุมาก ๆ ละมีบางรายสามารถเลิกเหล้ากับบุหรี่พร้อมกันได้เลยทีเดียว มีผู้สูงอายุจำนวน 1 รายที่เลิกดื่มสุราแล้วกลับมาดื่มอีกสาเหตุเพราะว่าเข้าสังคมและมีเพื่อนเยอะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มสุรามาตั้งแต่อายุ 10 กว่าปี มีผู้สูงอายุมาเลิกดื่มสุราตั้งแต่อายุ 50 กว่าปี และมีผู้สูงอายุบางรายดื่มสุรามาานกว่า 60 ปี แต่ตอนนี้เลิกดื่มสุราแล้ว สาเหตุสำคัญที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลิกดื่มสุราเพราะว่าการดื่มสุราส่งผลต่อสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุจำนวน 1 รายกล่าวว่าเลิกหรือไม่เลิกดื่มสุราก็ไม่มีผลต่อสุขภาพเพราะว่าผู้สูงอายุรายนี้ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ และมีผู้สูงอายุอีก 1 รายพบว่า เหล้ามีส่วนผสมของยาฆ่าแมลงจึงไม่ดื่ม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เลิกดื่มสุราได้ด้วยตัวเองเพราะว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ดื่มสุราแต่ไม่ถึงกับติดสุราจึงเลิกได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้วิธีในการตัดการดื่มสุราเหมือนคนอื่น ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่าถ้าเลิกดื่มสุราแล้วจะส่งผลต่อสุขภาพในทางที่ดีไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ มีผู้สูงอายุจำนวน 2 รายที่เป็นโรคถุงลมโป่งพองพอดื่มสุราเข้าไปแล้วมักจะเกิดอาการหืดหอบ เหนื่อยง่าย และมีผู้สูงอายุอีกจำนวน 2 รายที่เป็นโรคกระเพาะอาหารพอดื่มสุราเข้า

ไปแล้วมักจะเกิดอาการแสบท้อง และยังมีผู้สูงอายุบางรายกล่าวว่า การดื่มสุราดื่มเพื่อเป็นยาแก้ภัย
เส้นให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่าดื่มแต่ไม่ถึงกับติด

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารดิบ เหตุผลที่รับประทานเพราะว่าเพื่อนชวน เข้าเพื่อน
ฝูง เห็นเขารับประทานก็เลยรับประทานบ้าง มีผู้สูงอายุบางรายกล่าวว่า ถ้าดื่มเหล้าก็จะรับประทาน
ดิบด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานดิบมาตั้งแต่อายุ 10 กว่าปี และความถี่ในการรับประทานดิบ
ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่แล้วจะรับประทานดิบ 2-3 ครั้งต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถ่ายพยาธิและใช้
ยาในการถ่ายพยาธิชนิดเม็ด และความถี่ในการถ่ายพยาธิของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะถ่ายพยาธิ 3 เดือน
ต่อครั้ง และมีผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย มีความถี่ในการถ่ายพยาธิ 1-2 ครั้งต่อปี และแหล่งที่มาของยา
ถ่ายพยาธิส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะซื้อมารับประทานเอง มีผู้สูงอายุจำนวน 1 ราย ที่ไปขอรับยาถ่ายพยาธิ
จากสถานีอนามัย เหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาถ่ายพยาธิเพราะรู้สึกว่ามีอาการ อึดอัด
แน่นท้อง บางครั้งจะมีความรู้สึกด้วยตัวเองและมีผู้สูงอายุจำนวน 1 ราย ที่ถ่ายพยาธิเพราะว่าเห็นเขา
ถ่ายพยาธิก็เลยถ่าย การปรุงอาหารของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถูกหลานจะซื้อวัตถุดิบมาปรุงที่บ้านและจะ
ไม่ซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานเพราะอาหารสำเร็จรูปมีส่วนผสมของพริก ผงชูรสมาก ซึ่งถ้า
ผู้สูงอายุทานเข้าไปแล้วก็จะส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว

นิยามของคำว่าไม่สบายในมุมมองของผู้สูงอายุ



ความหมายของคำว่าไม่สบายในมุมมองของผู้สูงอายุ

1. มีโรคประจำตัว
2. จิตใจอ่อนเพลีย
3. ครั่นเนื้อครั่นตัว
4. เหนื่อย ปวดตามร่างกาย
5. ตื่นนอนมักปวดหลัง ปวดเอวและเวียนศีรษะ
6. ทำงานตลอด ทำงานหนัก.
7. ไม่สบายทางจิตใจ
8. ไม่สบายทางทุนทรัพย์
9. ธาตุทั้ง 4 ดิน น้ำ ลม ไฟ
10. โรคภัยแรง

ความสุขของผู้สูงอายุ

1. ลูกส่งเงินมาให้
2. ลูกดูแลเอาใจใส่
3. ไม่มีโรคประจำตัว
4. มีสุข 3 ประการ
 - มีเงิน
 - มีของกิน
 - มีเมีย
5. ไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรคภัย
6. ไม่มีหนี้ ลูกหลานมีความสุข
7. อยู่ดีมีสุข
8. เวลาไม่สบายลูกหลานพาไปหาหมอ

คำนิยามของคำว่าความสุข

มีเงิน มีแรง มีกิน มีความพอใจ ไม่มีความโลก ทำงานสุจริต ไม่มีหนี้สิน มีครอบครัวอบอุ่น มีความพอเพียงพออยู่พอกิน ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ มีลูกหลานเป็นคนดี ประสบความสำเร็จ คอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันและช่วยเหลือสังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ

วิธีที่ทำให้ได้มาซึ่งความสุข

1. ออกกำลังกาย
2. หาความสุขใส่ตัวเอง
3. ทุกภาคส่วนให้ความช่วยเหลือ (รัฐบาล ครอบครัว)
4. มีงานทำ เพื่อให้มีเงิน เพื่อการมีอันจะกิน เพื่อที่จะมีเรี่ยวแรงในการทำงานต่อไป
5. บรรณาคความสุข (มีสุขภาพดี มีเงินใช้)
6. ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
7. หาเงินออม มีเงินเก็บ
8. รู้จักบริหารการทำงานและบริหารเงิน
9. อดทน อดกลั้น
10. ลูกหลานกลับมาเลี้ยงดูพ่อแม่ยามที่แก่เฒ่า

นิยามของคำว่า สุขภาพดี

ไม่เจ็บไม่ป่วย ร่างกายแข็งแรง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มของมึนเมา ไม่เสพยาเสพติด นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ รู้จักดูแลรักษาสุขภาพตนเอง กินอาหารที่มีประโยชน์ กินอาหารให้ตรงเวลา พอประมาณ ร่าเริง ไม่เครียด กินอาหารอร่อย สามารถไปไหนมาไหนได้ ทำงานได้ มีจิตใจแจ่มใส “ร่างกายเฒ่าจิตใจบ่เฒ่า”

ขั้นตอนการรักษาอาการของตนเอง

หายมากินเองก่อน (ทั้งยาแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพร ยาเมือง ยาตำ ทั้งที่ซื้อมาและทำเอง) ไปหาหมอ ขึ้นกับอาการ ไปเองหรือไปพร้อมครอบครัว ขึ้นกับอาการ ถ้าทนได้ ไม่ไปโรงพยาบาล

บทที่ 5

บทวิจารณ์ (Discussions)

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ผสมผสานการแพทย์แผนไทยประยุกต์และส่งเสริมสุขภาพ เป็นโครงการวิจัยที่มีระยะการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลทั่วไป ลักษณะวิถีชีวิต โครงสร้างประชากร ลักษณะคุณภาพสิ่งแวดล้อม ครอบครัวและชุมชน ระบบเศรษฐกิจ และระบบชุมชนที่ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 เป็นการทดสอบและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยวิธีต่าง ๆ และการตรวจร่างกายเจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ในด้านชีวเคมีร่างกาย การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบทดสอบถามของกรมอนามัยโลก ระยะที่ 3 เป็นการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน และระยะที่ 4 เป็นระยะการศึกษากิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน

ในปี 2551 (มกราคม 2551– มกราคม 2552) นี้เป็นการศึกษาการวิจัยในระยะที่ 1 โดยในระยะที่ 1 เป็นระยะที่มีความสลับซับซ้อนมากเพราะมีหลากหลายประเด็นมากที่นักวิจัยต้องดำเนินการ ดังนั้นปัจจัยหลายปัจจัยที่ทำให้อาจมีผลกระทบต่อการทำงานและปัจจัยหลายปัจจัยที่ทำให้การทำงานวิจัยสมบูรณ์ โดยมีปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. การทบทวนวรรณกรรม
2. การทำงานวิจัยเชิง Multidisciplinary
3. การคัดเลือกพื้นที่และการเตรียมพื้นที่
4. การมีส่วนร่วมของพื้นที่และการร่วมรับรู้
5. โครงการอื่นที่ดำเนินอยู่ก่อน
6. กระบวนการการเก็บตัวอย่าง
7. การพัฒนาแบบสอบถาม
8. การทำเวทีเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
9. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประเด็นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม

เนื่องจากในช่วงระยะเวลานี้ มีนักวิจัยให้ความสนใจในการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำนวนมากหลากหลายสาขา เช่นกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ความสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ จึงทำให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมาก ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้กระบวนการทำงานวิจัยมีความละเอียดสมบูรณ์ที่สุด สารหลักของการทบทวนวรรณกรรมจึงเป็นเรื่อง กระบวนการดูแล กระบวนการพัฒนาศักยภาพ หรือ กระบวนการใหม่ ๆ ที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับชุมชนดีขึ้น ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรมในด้านระบบสวัสดิการด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยหลักเป็นนักระบาดวิทยา เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านสาธารณสุขเป็นหลัก จึงขาดประสบการณ์ในเรื่องการทำวิจัย และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ได้พยายามทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด และได้เชิญอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ เช่นผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมศาสตร์มาร่วมดำเนินงานเพื่อให้เกิดจุดอ่อนในการวิจัยน้อยที่สุด

ประเด็นที่ 2 การทำงานวิจัยเชิง Multidisciplinary

เป็นหัวใจสำคัญของการทำวิจัยในเรื่องนี้ เนื่องจากโครงการวิจัยในเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ต้องการเรียนรู้วิถีชีวิต สุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน บริบทการช่วยเหลือกันในชุมชนหลัก วัตถุประสงค์สุดท้ายของโครงการคือการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยประยุกต์ด้วย ดังนั้น สำหรับนักวิจัยที่มีองค์ความรู้เรื่องระบาดวิทยาอย่างเดียวจึงไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์สุดท้ายของโครงการวิจัยได้ การบูรณาการร่วมมือทำวิจัยโดย อาจารย์ผู้มีความหลากหลายสาขา จึงเป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ของโครงการวิจัยที่เป็นความร่วมมืออาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญทางวิทยาศาสตร์ ทางสาธารณสุข ทางการแพทย์ ทางสังคมศาสตร์ ทางพฤติกรรมศาสตร์ ทางกายภาพบำบัด และทางการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ทำให้มุมมองในการเก็บข้อมูลตลอดทั้งทิศทางการบูรณาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น และสามารถตอบสนอง และแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกระบวนการทำวิจัยในครั้งนี้ มีนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญหลากหลายสาขาเข้าร่วมดำเนินการ นักวิจัยหลักจึงต้องจัดกระบวนการให้เหมาะสม เช่น ในระยะที่ 1 จะเป็นการพัฒนาแบบสอบถาม ดังนั้น ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องจึงต้องประชุมร่วมกัน ระยะที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ระยะที่ 3 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งในประเด็นของข้อมูลเชิง

คุณภาพต้องมีกระบวนการ และใช้ทักษะ ดังนั้น ต้องให้อาจารย์ ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้ดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เราต้องการมากที่สุด

ประเด็นที่ 3 การคัดเลือกพื้นที่และการเตรียมพื้นที่

การคัดเลือกพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยโครงการวิจัยนี้จะมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน ในเขตเทศบาล ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์เริ่มต้น โดยต้องการเรียนรู้ในเขตชุมชนเมืองจึงได้เลือกเทศบาลตำบลป่าก่อคำ โดยมีพื้นที่ทั้งหมด 7 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 504 คน ซึ่งเป็นเทศบาลขนาดกลาง และการคมนาคมสะดวก และมีประเด็นอื่น ๆ เช่น ความเข้มแข็งขององค์กรในชุมชน นโยบายของเทศบาลความร่วมมือใส่ใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่

กระบวนการคัดเลือกในพื้นที่ที่นักวิจัยต้องทำการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานในชุมชนก่อน ข้อมูลที่สำคัญยิ่งใช้ประกอบการคัดเลือกพื้นที่คือข้อมูลทางการแพทย์ ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางการแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ลาว สถานีอนามัยตำบลป่าก่อคำ และสถานีอนามัยโปงมอญ จึงสำคัญและเป็นดัชนีตัวหนึ่งที่นักวิจัยใช้ในการคัดเลือกพื้นที่

การเตรียมพื้นที่ทำวิจัยเป็นกระบวนการสำคัญอีกกระบวนการหนึ่งของการทำวิจัย โดยเริ่มแรกนักวิจัยต้องเข้าพบผู้นำชุมชนระดับต่าง ๆ ตั้งแต่กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่ลาว เพื่อขอทราบแนวนโยบาย และข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งจะทำให้นักวิจัยทราบถึงความเป็นไปได้ของการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจในเนื้อหาของโครงการวิจัยต่อผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญอีกกระบวนการหนึ่ง และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญมากในพื้นที่นี้เนื่องจากประธานผู้สูงอายุเป็นบิดาของนายกเทศมนตรีทำให้มีอิทธิพลต่อการศึกษาโครงการเป็นอย่างมาก

การทำหนังสือติดต่ออย่างเป็นทางการ เหมาะสม ถูกต้อง ตรงเวลา ตรงบุคคล จึงเป็นประเด็นที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่ง เช่น หนังสือเชิญประชุมนักวิจัยต้องทำให้ถูกต้องตามหลักราชการ ส่งตรงเวลา ตรงบุคคล และการนัดหมายต้องรักษาเวลาให้เหมาะสม ประเด็นทั้งหมดนี้ทำให้กระบวนการทำงานในชุมชนราบรื่นขึ้น

ประเด็นที่ 4 การมีส่วนร่วมของพื้นที่และการร่วมรับรู้

เนื่องจากโครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์สุดท้ายคือการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยบูรณาการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ การจะไปถึงจุดมุ่งหมายสุดท้ายนั้นต้องเริ่มต้นที่การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ และต้องมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ โดยเริ่มต้นตั้งแต่การระบุความต้องการหรือระบุส่วนของชุมชนในเรื่องผู้สูงอายุ การระบุปัญหา การสร้างกระบวนการ การดำเนินการ และการประเมินผล

ในโครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยตระหนักเสมอว่าต้องทำให้ชุมชนมีความร่วมมือทุกกระบวนการเพื่อเข้าสู่ PAR (Participatory Action Research) อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้สุดท้ายเกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชน และเกิดความยั่งยืน

แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการ PAR ถ้าจะให้ผลสัมฤทธิ์ที่สุด ผู้ทำวิจัยหรือผู้ที่เอาเครื่องมือหรือกระบวนการไปใช้ต้องมีทักษะในระดับหนึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความร่วมมือในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งเป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากหลังจากระยะที่ 1 เกี่ยวกับการเก็บข้อมูลหลังจากข้อมูลที่ได้มีจำนวนมาก ด้านกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลใช้เวลามากซึ่งทำให้ขาดความร่วมมือจากชุมชนได้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทุกขั้นตอนของการทำวิจัยที่สำคัญนอกจากจะทำให้กระบวนการวิจัยมีความราบรื่นแล้วยังจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การสร้างการรับรู้ในการวิจัยในชุมชน นักวิจัยต้องมองหลายแง่มุม หลายบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ดังนั้น การสร้างการรับรู้ของบุคคลทุกหน่วยให้มีความเข้าใจก็จะทำให้มีพลังขับเคลื่อนกระบวนการในชุมชนมากขึ้น

สาระสำคัญของการสร้างการรับรู้อีกประการหนึ่งคือ เมื่อสังคมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแล้วต้องทำให้เกิดการยอมรับในกระบวนการด้วยเพราะหัวใจหลักของการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในครั้งนี้มีผู้เกี่ยวข้องทั้งทางตรง และทางอ้อม โดยกลุ่มที่เกี่ยวข้องทางตรงได้แก่ ผู้สูงอายุ สมาชิก/ภรรยาผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มที่เกี่ยวข้องทางอ้อมได้แก่ ผู้นำชุมชนด้านต่าง ๆ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้นำสตรี นายกเทศมนตรี ในระดับชุมชนเป็นต้น โดยทั้ง 2 กลุ่มต้องเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับการวิจัยในระดับหนึ่งจึงจะทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีผลสัมฤทธิ์

ประเด็นที่ 5 โครงการต่าง ๆ ที่ดำเนินการอยู่ก่อน

เนื่องจากการดำเนินโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นกระแสในขณะนี้ ดังนั้น อาจจะมีหลายหน่วยงาน หลายองค์กรดำเนินโครงการไม่ว่าเรื่องสุขภาพหรือสวัสดิการอยู่ในชุมชนก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยนโยบายจากรัฐบาลกลางทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบต่อโครงการวิจัยก็เป็นได้

ผลกระทบระยะที่ 1 เป็นผลกระทบเชิงบวก คือทำให้โครงการวิจัยสัมฤทธิ์ผลเร็วขึ้น เนื่องจากโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมของโครงการวิจัยจะทำให้โครงการวิจัยประสบสัมฤทธิ์ผลได้เร็ว

ดังนั้นก่อนที่จะลงมือทำโครงการวิจัยในพื้นที่นั้น ๆ นักวิจัยจะต้องมีการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ในพื้นที่ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกิจกรรมที่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยยังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัย คือใช้ในขั้นตอนการประเมินผลการวิจัยได้ด้วย

ประเด็นที่ 6 กระบวนการเก็บตัวอย่าง

ในการวิจัยในครั้งนี้จะต้องมีการเก็บตัวอย่างศึกษา คือเก็บตัวอย่างเลือดจำนวน 5 ซีซี ตัวอย่างอุจจาระจำนวน 5 กรัม เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในกระบวนการเก็บตัวอย่างเลือด นักวิจัยต้องแจ้งไปยังพื้นที่เกี่ยวกับหลักปฏิบัติเพื่อการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ คือต้องอดข้าว อดน้ำหลังเที่ยงคืน เพื่อเก็บตัวอย่างเลือดส่งตรวจ FBS ดังนั้นกระบวนการแจ้งข้อปฏิบัติจึงสำคัญมากเพื่อให้ผู้สูงอายุ รับรู้เข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้

สาระสำคัญอีกประการหนึ่งของกระบวนการเก็บตัวอย่าง เนื่องจากขั้นตอนของการเก็บตัวอย่างเลือดต้องดำเนินการแต่เช้าตรู่เพราะกลุ่มเป้าหมายมีจำนวน 200 กว่าคน ต้องรีบเก็บตัวอย่างเลือดให้เร็วที่สุดเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุต้องรอนาน ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีพยาธิสภาพร่างกายอาจทำให้มีผลต่อร่างกายได้ ดังนั้นในกระบวนการนี้นักวิจัยต้องซักซ้อมความเข้าใจกับทีมให้ดีที่สุดและเตรียมอาหารเข้าไว้บริการแก่ผู้สูงอายุด้วย แบบสอบถามหรือแบบประเมินต่าง ๆ ควรเป็นแบบที่ง่าย ๆ ไม่ต้องรอเก็บข้อมูลจำนวนมาก ๆ เก็บข้อมูลในส่วนที่จำเป็นเท่านั้น

การสื่อสารในการเชิญผู้ร่วมวิจัยเข้ารับการเจาะเลือดก็สำคัญด้วย จากโครงการวิจัยมีกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 212 แต่มารับการเจาะเลือดในระยะที่ 1 เพียง 131 คน (ร้อยละ 61.79) โดยส่วนหนึ่งไม่ได้รับข่าวสาร ส่วนหนึ่งได้เสียชีวิตหลังจากสุ่มเลือกมา ส่วนหนึ่งไม่สามารถทำตามข้อแนะนำการอดน้ำอดข้าวหลังเที่ยงคืนได้ ส่วนหนึ่งไม่มีผู้นำมาส่ง และส่วน

หนึ่งเป็นผู้พิการด้านต่าง ๆ ในชุมชนจึงไม่สามารถมาร่วมดำเนินกิจกรรมได้ ซึ่งเป็นประเด็นสาระสำคัญหลักที่นักวิจัยต้องคำนึงถึงเสมอ

ประเด็นที่ 7 การพัฒนาแบบสอบถาม

การพัฒนาแบบสอบถามเป็นกระบวนการที่อยู่ยากกระบวนการหนึ่ง เนื่องจากโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบูรณาการองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุขึ้นมา ดังนั้นแบบสอบถามโครงการวิจัยจึงมีหลายชุด กล่าวคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปทางด้านครอบครัว สิ่งแวดล้อม แผนที่ผังเครือญาติ ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การศึกษาพยาบาล การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สบาย ข้อมูลสิ่งแวดล้อม แบบการตรวจร่างกาย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป แบบสอบถามชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกพัฒนาให้มีความง่าย กระชับ เหมาะสมให้มากที่สุด

ประเด็นสำคัญ ประเด็นหนึ่งของการพัฒนาแบบสอบถามคือ การทดสอบแบบสอบถามในเรื่องความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม โดยต้องนำไปทดสอบความเที่ยงและความตรงก่อนในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายใกล้เคียงกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงและความตรง ที่ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้แบบประเมินต่าง ๆ มีความแม่นยำสูงขึ้น (Accuracy)

ประเด็นที่ 8 การจัดเวทีเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Focus Group Discussion) ในการเก็บข้อมูลชนิดนี้นักวิจัยเป็นผู้ดำเนินรายการ โดยการสร้างประเด็นคำถามเพื่อให้เกิดการขบคิดและกระตุ้นให้มีส่วนร่วม ต้องมีประเด็นสำคัญ 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

ส่วนที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มเพื่อเข้าร่วมเวที ต้องเป็นกลุ่มที่มีส่วนได้เสียอย่างแท้จริง หรือเป็น Key Performances ในประเด็นอย่างแท้จริง

ส่วนที่ 2 ความเชี่ยวชาญทักษะของผู้ดำเนินการซึ่งเป็นส่วนสำคัญมาก ที่จะให้ผู้เข้าร่วมเวทีได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ได้อย่างครอบคลุม

ส่วนที่ 3 การบันทึกข้อมูล โดยในการวิจัยครั้งนี้มีการบันทึกข้อมูลผ่าน 3 ระบบ คือ การบันทึกข้อมูลโดยการบันทึกวีดีโอ การบันทึกโดยเทปบันทึกเสียง และการบันทึกผ่านทางกระดาษปรีฟจากกระบวนการ

โดยในการวิจัยครั้งนี้มีการบันทึกทั้ง 3 รูปแบบพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์ และสามารถทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างแท้จริง

สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งจากการทำเวทีในขณะนี้คือ ข้อมูลที่ได้จะมีขนาดใหญ่ ซึ่งต้องใช้เวลามากในการวิเคราะห์ข้อมูล สะสมข้อมูล เพื่อให้ได้แก่นที่แท้จริง

ประเด็นที่ 9 การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณจากการเก็บด้วยแบบสอบถามต่าง ๆ และข้อมูลที่เป็นเชิงคุณภาพจากการจัดเวทีระดมความคิดต่าง ๆ ตลอดทั้งข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ ผู้วิจัยจึงได้ฐานข้อมูลที่มีขนาดใหญ่มาก ดังนั้นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจัดเป็นหมวดหมู่ ลำดับความสำคัญ ประเมินความเชื่อมโยง เพื่อสรุปสาระหรือประเด็นหลัก ๆ ที่ถูกต้อง ต้องใช้ทักษะองค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างมาก เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องการ



บทที่ 6

สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusions and Recommendations)

การวิจัยโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ผสมผสาน การแพทย์แผนไทยประยุกต์และส่งเสริมสุขภาพ ในระยะที่ 1 ซึ่งดำเนินการในพื้นที่เทศบาลตำบล ป่าก่อคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระยะเวลาตั้งแต่เดือน มกราคม 2551 ถึง เดือน มกราคม 2552 สามารถสรุปผลการวิจัยในระยะที่ 1 ดังนี้ กลุ่มประชากรศึกษาทั้งหมด 504 คน คัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย โดย Simple Random Sampling Technique จำนวน 212 (ร้อยละ 42.06) และเข้าร่วมเจาะเลือกเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 131 คน (ร้อยละ 61.79)

ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 54.23 เป็นเพศหญิง กลุ่มอายุของประชากรศึกษามากสุด คือ กลุ่มอายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 25.47) รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 23.11) ประชากรศึกษา ส่วนใหญ่มาจากหมู่ 3 บ้านห้วยसानดอนจั่น (ร้อยละ 21.22) ในส่วนของคู่สมรสของผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.84 เสียชีวิต และในกลุ่มที่ยังมีชีวิตอยู่ พบว่า ร้อยละ 93.38 อยู่ด้วยกัน จำนวนครั้งสูงสุดของการแต่งงาน พบว่า เป็น 3 ครั้ง และร้อยละ 41.02 มีบุตร 3-4 คน มีจำนวนบุตรสูงสุด 14 คน (จำนวน 2 คน) ร้อยละ 39.62 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และร้อยละ 32.07 มีประวัติการผ่าตัด และร้อยละ 100.00 เวลาไม่สบายจะพบแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งโรงพยาบาลแม่ลาวและสถานอนามัย อยู่ในชุมชน ห่างจากบ้าน ต่ำกว่า 2 กิโลเมตร ร้อยละ 86.32 ส่วนสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า ร้อยละ 83.48 เป็นกลุ่มที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และร้อยละ 13.76 เป็นกลุ่มไม่มีสิทธิเบิกได้ และกลุ่มบุคคลที่นำส่งผู้สูงอายุเวลาไม่สบายเป็นญาติในครอบครัว ร้อยละ 56.13

สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนเท่ากับหรือมากกว่า 3 คน ร้อยละ 58.96 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรธิดา (ร้อยละ 66.03) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 บาท ร้อยละ 91.98 และมีหนี้สิน ร้อยละ 19.33 และผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้ ได้รับความศึกษา ร้อยละ 48.58

ในส่วนพฤติกรรมเสี่ยง ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 12.73 สูบบุหรี่ และระยะเวลาในการสูบบุหรี่พบว่า ร้อยละ 59.25 มีระยะเวลาสูบ 41-50 ปี และยังพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งมี พฤติกรรมดื่มสุรา (ร้อยละ 16.98) และระยะเวลาในการดื่มสุราพบว่า ร้อยละ 38.88 มีระยะเวลาในการดื่มสุรา 41-50 ปี และที่สำคัญพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำ ร้อยละ 42.10

ข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีที่พักอาศัยแข็งแรง (ร้อยละ 100.00) มีส่วนใช้ ร้อยละ 99.52 แหล่งน้ำบริโภคหลัก คือ น้ำบาดาล ร้อยละ 58.01 แหล่งน้ำอุปโภคหลัก คือ บ่อ บาดาล ร้อยละ 80.18 แต่แหล่งอุปโภค บริโภคยังมีปัญหาทางสุขาภิบาล โดยพบว่า ร้อยละ 61.79 มี แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค ห่างจากห้องส้วมไม่ถึง 50 เมตร และอยู่ห่างจากจุดฝังกลบขยะไม่ถึง 50 เมตร ร้อยละ 94.81 นอกจากนี้ยังพบว่าบริเวณบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ไม่สะอาด ร้อยละ 77.83 มีการเลี้ยงสัตว์บริเวณบ้าน ร้อยละ 81.13 มีแหล่งน้ำขังบริเวณบ้านร้อยละ 8.49 มีห้องน้ำสะอาด เพียงร้อยละ 2.83

สุขาภิบาลอาหาร พบว่า อาหารที่มีเครื่องหมาย อย. หมดทุกชนิด เพียงร้อยละ 1.41 บริเวณ ที่ปรุงอาหารสูงจากพื้นเท่ากับหรือมากกว่า 60 เซนติเมตร ร้อยละ 2.41

ผลการตรวจชีวเคมีร่างกาย ครั้งที่ 1 พบว่า ร้อยละ 17.55 มีค่า Cholesterol เท่ากับหรือสูงกว่า 251 mg/dl และร้อยละ 26.75 พบว่า ค่า Triglyceride สูงกว่าหรือเท่ากับ 171 mg/dl และ พบว่า ค่า Glucose ในร่างกาย สูงกว่าหรือเท่ากับ 121 mg/dl ร้อยละ 11.45 และพบค่า Uric Acid เท่ากับหรือ สูงกว่า 7.1 mg/dl ร้อยละ 19.08 ซึ่งกลุ่มทั้งหมดนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคต่าง ๆ ในผู้สูงอายุโดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบกระดูกและ โครงสร้าง

จากการตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์พบว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ คือ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 32.06 เป็นกลุ่มที่รับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 14.50 เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติในการ เคลื่อนไหว ร้อยละ 30.53 เป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคดื้อกระจกในระยะต่าง ๆ

การประเมินสุขภาพทั่วไปและการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุ ในพื้นที่มีระดับสุขภาพทั่วไปปกติ ไม่มีความเครียด

ส่วนนิยามของความสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลป่าก่อคำ อำเภอ แม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่า ความสุข คือ ความสบายใจ ครอบครัวยุบอุ่น ไม่มีโรคภัย ไม่มีหนี้สิน

เอกสารอ้างอิง

- Creswell, J. W. (1997). *Qualitative Inquiry and Research Design*. California: Sage Publication, Inc.
- Cunningham DA, R. P., Howard JK, et al. (1985). Exercise training and the cardiovascular fitness of man at retirement. *Med Sci Sports Exerc*, 17, 270.
- HA, d. (1970). Physiological effects of an exercise training regimen upon men aged 52-88. *J Geront*, 25, 325-336.
- HC, C. G. S. (1998). *Geriatric rehabilitation*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Kai-Kuen Leung, E.-C. W., Bee-Horng Lue, Li-Yu Tang. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research*, 13, 179-190.
- Karen Glanz, B. K. R., Frances Marcus Lewis. (2002). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Karisson, M. K. (2001). Skeleton Effects of Exercise in Men. *Calcif Tissue Int* 69, 196-199.
- Rodney M.Coe, J. C. R., Douglas K. Miller, Fredric D.Wolinsky, Katerine S. Virgo. (1993). Nutrition Risk and Survival in Elderly Veteans: A Five Year Follow Up. *Journal of Community Health* 18(6), 327-334.
- Takao Suzuki, H. K., Hideyo Yoshida, and Tatsuro Ishizaki. (2004). Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Miner Metab*(22), 602-611.
- Volkert, D. (2005). Nutrition and Lifestyle of the elderly in Europe. *J Public Health*, 13, 56-61.
- WHO. (2006). Definition of an older or elderly person. Retrieved 6 November, 2006, from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html>
- เกตุรภาศ, น. ว. น. (2548). ระบบ โครงสร้าง กลไก ในการอนุรักษ์ พัฒนาและคุ้มครอง ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.
- กรมอนามัย, ศ. (2549). อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดรวม จำแนกตามเพศ. Retrieved 6 พฤศจิกายน 2549
- กระทรวงสาธารณสุข, ศ. ก. (2549). อาหารผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from <http://www.agingthai.org>
- กาญจนเมธากุล, น. (2549). การแพทย์แผนไทยประยุกต์. เชียงราย.
- คุปต์นิติศัยกุล, ร. พ. ว. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (pp. 12).
- สถาบันราชกัญบ้านสมเด็จพระเจ้าพระยา, ก. (2546). อาหารสำหรับผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from http://csweb.bsru.ac.th/4000105/chap3/detail3_6.html
- สัมนะสุด, ร. (2549). โภชนาการผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from http://www.elib-online.com/doctors2/senile_food02.html

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2548). กระบวนทัศน์วิจัยเพื่อท้องถิ่น จุดเปลี่ยนการพัฒนา.

กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). จำนวนประชากรแยกตาม

อายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 พฤศจิกายน, 2549, from

<http://www.nesdb.go.th>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). จำนวนประชากรแยกตาม

อายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 พฤศจิกายน, 2549, from

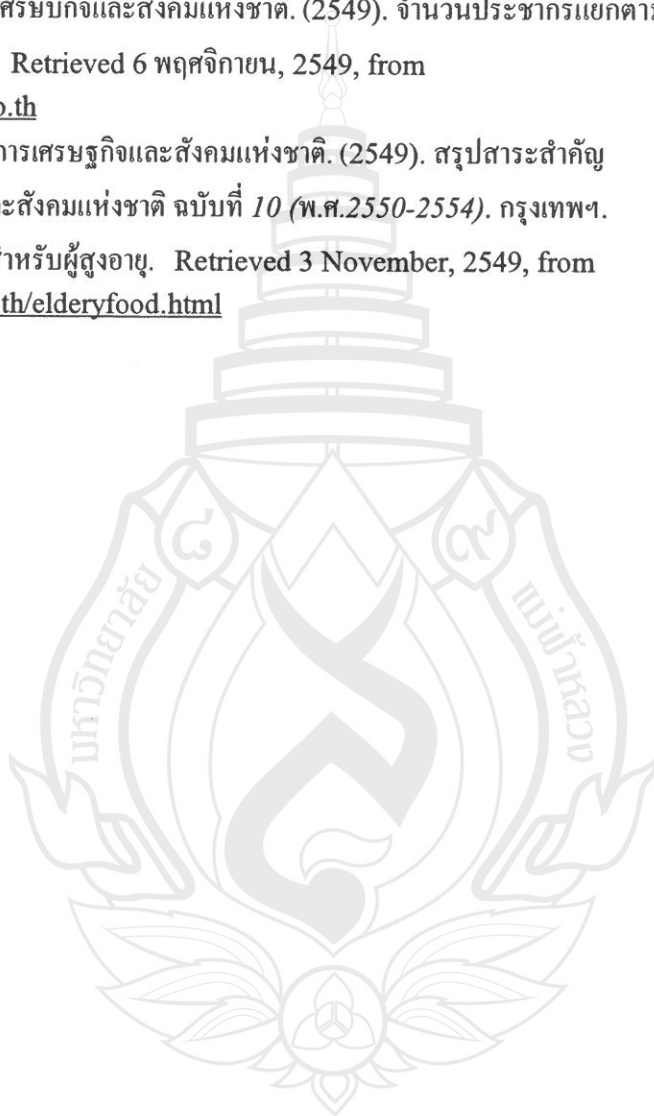
<http://www.nesdb.go.th>

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). สรุปสาระสำคัญ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554). กรุงเทพฯ.

อุบลวรรณ, ก. (2549). อาหารสำหรับผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from

<http://www.bcns.ac.th/elderyfood.html>





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามระยะที่ 1
แบบสอบถามโครงการวิจัย
โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วันที่..... เดือน..... 2551

ผู้สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน (สำหรับผู้นำหมู่บ้าน)

1. ชื่อ หมู่บ้าน หมู่ที่..... ตำบลป่าก่อคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย
2. ผู้ใหญ่บ้านชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... โทร.....
เป็นผู้ใหญ่บ้านมาแล้ว..... ปี
3. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... โทร.....
4. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... โทร.....
5. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... โทร.....
6. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... โทร.....
7. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ชื่อ..... สกุล..... อายุ..... ปี ที่อยู่..... โทร.....
8. จำนวนสมาชิก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน..... คน
9. จำนวนประชากรหมู่บ้าน ทั้งหมด..... คน (ชาย..... คน/ หญิง..... คน)
เป็นคนที่พื้นราบ จำนวน..... คน ชาวเขา จำนวน..... คน
10. จำนวนผู้สูงอายุ
10.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน..... คน (ชาย..... คน/หญิง..... คน)
- มีผู้พิการกี่คน..... คน (ชาย..... คน/ หญิง..... คน)
10.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน..... คน (ชาย..... คน/หญิง..... คน)
- มีผู้พิการกี่คน..... คน (ชาย..... คน/หญิง..... คน)

หมายเหตุ พิจารณายถึง ผู้ที่มีลักษณะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างคนปกติ เช่น แขนขาขาด คาบอดข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้าง หูหนวกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

11. รายชื่อ ผู้สูงอายุ (ให้ลงรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้)

12. แผนงานโครงการ ทรัพยากร ที่ได้รับเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จากหน่วยงานต่าง ๆ

12.1 ปี 2548

12.1.1 _____

จำนวนงบประมาณ _____

ได้รับสนับสนุนจาก _____

12.2 ปี 2549

12.2.1 _____

จำนวนงบประมาณ _____

ได้รับสนับสนุนจาก _____

12.3 ปี 2550

12.3.1 _____

จำนวนงบประมาณ _____

ได้รับสนับสนุนจาก _____

13. การคมนาคม

☐ มีถนนสายหลักตัดผ่านในหมู่บ้าน

☐ มีถนนตัดผ่าน

☐ อื่น ๆ _____

14. โครงสร้างการปกครอง

14.1 อย่างเป็นทางการ

ผู้ใหญ่บ้าน _____

ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน _____

ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน _____

กรรมการหมู่บ้าน

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

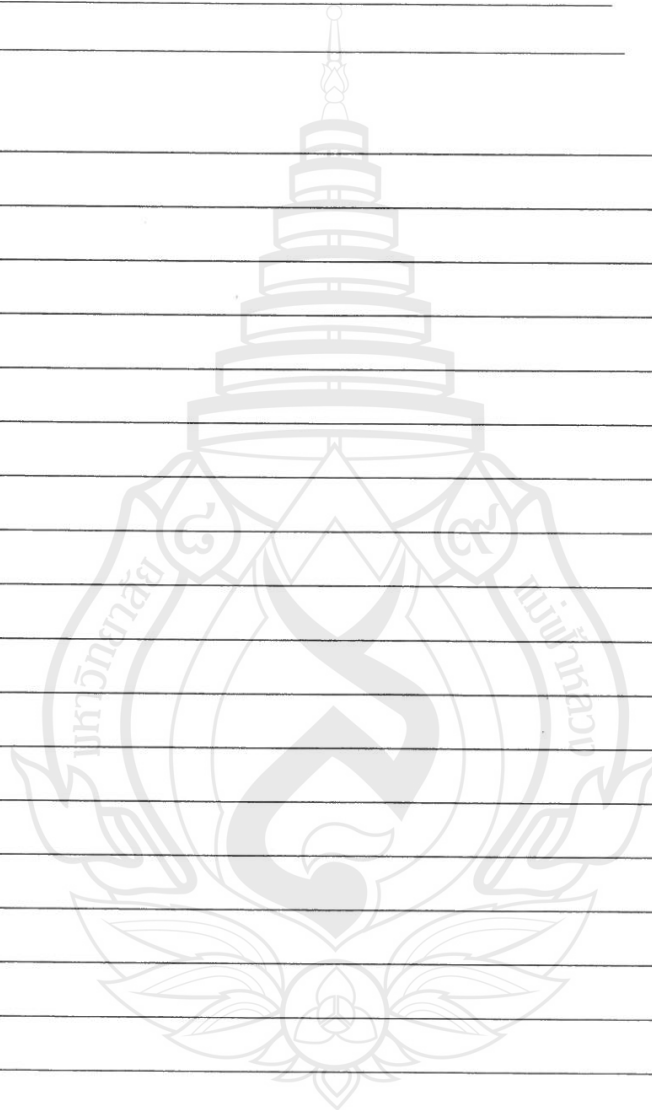
14.2 อย่างไม่เป็นทางการ

ผู้นำศาสนา _____

นักปราชญ์หมู่บ้าน _____

เจ้าอาวาสวัด _____

15. ประวัติหมู่บ้าน





18. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศ แหล่งน้ำ ลักษณะดิน สภาพป่าไม้ การตั้งถิ่นฐาน

19. สาธารณูปโภค

19.1 ประปาหมู่บ้าน

22

☐ ឯងឯង

19.2 ไฟฟ้า

22

☐ ឯកសារ

19.3 ไปรษณีย์

□ 22

□ ឆ្នាំ

19.4 ถนนในหมู่บ้าน

၁၆

□ ឯង

19.5 ร้านสะดวกซื้อ (7-11)

22

☐ ឯងឯង

19.6 คู่มือโทรศัพท์สาธารณะ

□ 22

☐ ឯង

19.7 สถานศึกษา

19.7.1 การศึกษานอกโรงเรียน(กศน.)

၁၆

☐ វ៉ៃវ៉ៃ

19.7.1 โรงเรียนในเขตรับผิดชอบของ สพฐ.

□ 22

☐ ឯង

22

☐ ឯងឯង

22

☐ ឯងឯង☐ ၁၂

□ វ៉ៃវ៉ៃ

22

☐ ឯង

22

☐ ឯងឯង

22

☐ ឯងឯង

21

☐ ឯងឯង

22

☐ ឯង

21. ประเพณีวัฒนธรรมในรอบปี

เดือน มกราคม มีประเพณี _____

เดือน กุมภาพันธ์ มีประเพณี _____

เดือนมีนาคม มีประเพณี _____

เดือนเมษายน มีประเพณี _____

เดือนพฤษภาคม มีประเพณี _____

เดือนมิถุนายน มีประเพณี

เดือนกรกฎาคม มีประเพณี 

เดือนสิงหาคม มีประเพณี

เดือนกันยายน มีประเพณี

เดือนตุลาคม มีประเพณี 

เดือนพฤศจิกายน มีประเพณี _____

เดือนธันวาคม มีประเพณี

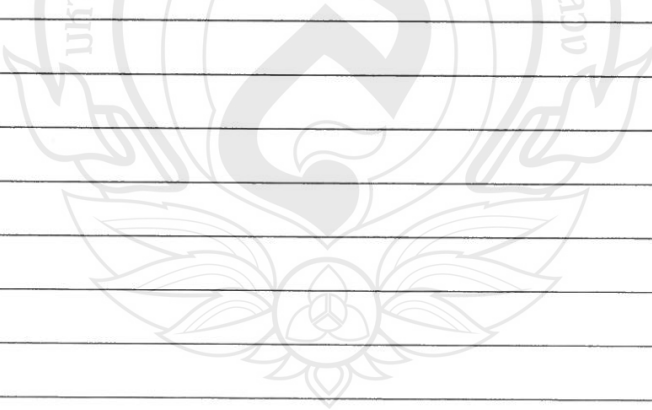
22. กองทุน

กองทุนที่ 1 ชื่อ _____ จำนวนเงิน _____ บาท

กองทุนที่ 2 ชื่อ _____ จำนวนเงิน _____ บาท

กองทุนที่ 3 ชื่อ _____ จำนวนเงิน _____ บาท

23. การศึกษา



16. แผนที่หมู่บ้าน



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามโครงการวิจัย

โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลผู้สูงอายุ

วันที่ _____ เดือน _____ 2551

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้สัมภาษณ์ _____

1. ชื่อ _____ สกุล _____ อายุ _____ ปี (ว.ค.ปีเกิด _____)
2. บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ บ้าน _____ ตำบลป่าก่อคำ จังหวัดเชียงราย
3. ศาสนา _____ สัญชาติ _____
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว _____ คน
5. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ☐ อยู่คนเดียว ☐ อยู่กับบุตร/ธิดา ☐ บิดา/มารดา
☐ อยู่กับญาติ ☐ อยู่ด้วยกัน 2 คน ☐ อื่น ๆ _____
6. สามี/ภรรยา ชื่อ _____ สกุล _____ อายุ _____ ปี
☐ เสียชีวิต ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง
9. รายได้ต่อเดือน _____ บาท จาก _____
10. ที่ดิน _____ ไร่ (ของตนเอง _____ ไร่/เช่า _____ ไร่)
☐ ที่บ้าน _____ ไร่ ☐ ที่สวน _____ ไร่ ☐ ที่นา _____ ไร่
11. ระดับการศึกษา _____
☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
12. มีหนี้สินหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ จำนวน _____ บาท
กู้ยืมจาก _____
กู้ยืมจาก _____
13. ความสามารถพิเศษ (เช่น คนตรี, ศิลปะ, หัตถกรรม, จักสาน, หมอเมือง)
☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) _____
14. การใช้เวลาว่าง _____

15. ประวัติการทำงานหรือประวัติการประกอบอาชีพ _____

16. ค่าใช้จ่ายในครอบครัวต่อเดือน

ค่าน้ำ _____ บาท
 ค่าไฟ _____ บาท
 ค่าเสื้อผ้า _____ บาท
 ค่าพาณกิจ _____ บาท
 ค่ายา _____ บาท
 ค่าอาหาร _____ บาท
 ค่าภาษีสังคม _____ บาท
 ค่าใช้จ่ายบุตร _____ บาท
 อื่น ๆ (ระบุ) _____
 รวม _____ บาท

17. ประวัติการแต่งงาน (แต่งงานกี่ครั้ง แต่ละครั้งแยกจากคู่อย่างไร เช่น เสียชีวิต หรือหย่าร้าง และมีบุตรด้วยกันกี่คน ในชีวิตการแต่งงานแต่ละครั้ง และบุตรมีชีวิตรอดอยู่หรือไม่) เรียงลำดับอดีตถึงปัจจุบัน

☐ แต่งงานครั้งที่ 1

สถานภาพคู่สมรส ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ แยก ☐ เสียชีวิต
 จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)
 จำนวนบุตรมีชีวิตรอด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)

☐ แต่งงานครั้งที่ 2

สถานภาพคู่สมรส ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ แยก ☐ เสียชีวิต
 จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)
 จำนวนบุตรมีชีวิตรอด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)

☐ แต่งงานครั้งที่ 3

สถานภาพคู่สมรส ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ แยก ☐ เสียชีวิต
 จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)
 จำนวนบุตรมีชีวิตรอด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)

☐ แต่งงานครั้งที่ 4

สถานภาพคู่สมรส ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ แยก ☐ เสียชีวิต
 จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)
 จำนวนบุตรมีชีวิตรอด.....คน (ชาย.....คน, หญิง.....คน)

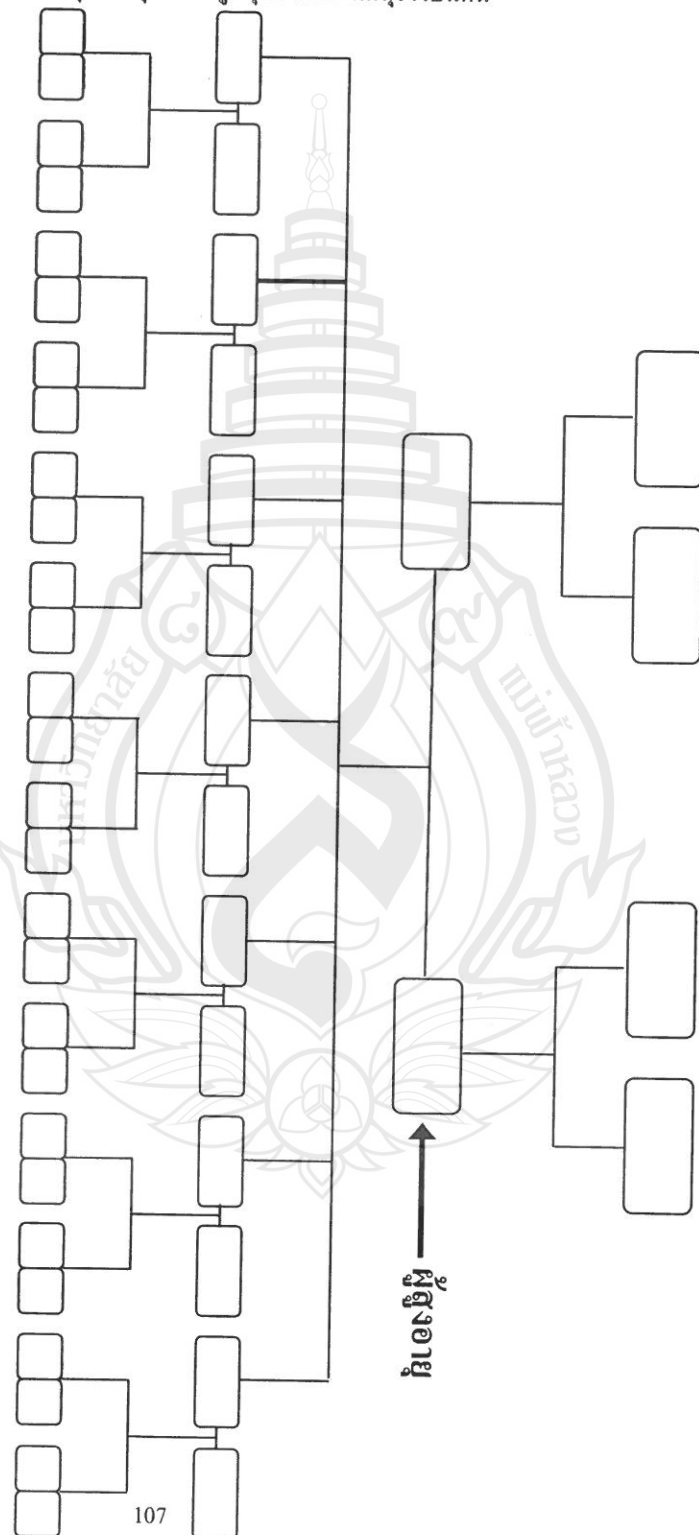
18. ท่านได้มีการอพยพย้ายถิ่นก่อนที่จะมาอยู่ที่นี่หรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

18.1 ถ้าใช่ย้ายมาจากที่ไหน

ระบุ _____

19. ประวัติครอบครัวและแผนภูมิโครงสร้างครอบครัว (3-4 ช่วงอายุคน คือ พ่อแม่/ตัวเอง/ลูก/หลาน) โดยใช้สัญลักษณ์ คือ D=ตาย (ระบุสาเหตุการตายด้วย) M=แต่งงานแล้ว S=ยังไม่ได้แต่งงาน และโดยทั้งหมดให้ระบุประวัติความเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ คือ HT=ความดันโลหิตสูง DM=โรคเบาหวาน H=โรคหัวใจ DA=พิการ A=ประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุ SM=สูบบุหรี่ AL=ดื่มสุรา เป็นต้น



2.2 ข้อมูลสุขภาพ

1. ประวัติการรักษา การเจ็บป่วย

1.1 โรคประจำตัว

☐ ไม่มี

☐ มี (ระบุ.....)

1.2 การผ่าตัด

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.3 ความดัน

☐ ไม่เคยตรวจ

☐ ตรวจ

☐ ปกติ

☐ สูง

☐ ต่ำ

1.4 เบาหวาน

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.5 วัณโรคปอด

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.6 โรคกล้ามเนื้อ

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.7 ปวดหลัง

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.8 กระเพาะ

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.9 โรคอ้วน

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.10 โรคผิวหนัง

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.11 โรคกระเพาะ

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.12 โรคเอดส์

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.13 ความพิการ

☐ มี

☐ ไม่มี

อะไร.....ที่ไหน.....เมื่อไร.....

1.14 อื่น ๆ (ระบุ).....

2. เมื่อไม่สบายส่วนใหญ่ปฏิบัติอย่างไร

- ☐ หาหมอผี ทำพิธีกรรมทางศาสนา
- ☐ แพทย์แผนปัจจุบัน(โรงพยาบาล, อนามัย, คลินิก)
- ☐ แพทย์พื้นบ้าน
- ☐ ซื้อยารับประทานเอง
- ☐ ไม่ได้ทำอะไร(ปล่อยให้หายเอง)
- ☐ อื่นๆ.....

3. เคยไปรับการรักษาหมอพื้นบ้าน (เช่น กินยา สมุนไพร หมอผี)

- ☐ เคย (โปรดระบุ)

.....

.....

- ☐ ไม่เคย

4. เวลาไม่สบายใครเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย

- ☐ ลูก
- ☐ ลูกพี่/ภรรยา
- ☐ญาติพี่น้อง
- ☐ เพื่อนบ้าน
- ☐ อื่น ๆ.....

5. สถานที่ไปรับการรักษาตัวเวลาไม่สบายที่ไปเป็นประจำ

- ☐ โรงพยาบาล
- ☐ สถานีอนามัย
- ☐ คลินิก
- ☐ อื่น ๆ.....

6. สิทธิในการรักษาพยาบาล

- ☐ บัตรทอง
- ☐ บัตรผู้สูงอายุ
- ☐ เบิกได้(ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)
- ☐ บัตรประกันสังคม
- ☐ ไม่มี
- ☐ อื่น ๆ.....

7. ระยะทางจากบ้านไปยังสถานีอนามัย.....กม.

8. ระยะทางจากบ้านไปยังโรงพยาบาล.....กม.

9. ระยะทางจากบ้านไปยังคลินิก.....กม.

10. วิธีเดินทางไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์/พยาบาลเวลาไม่สบาย

- ☐ รถยนต์
- ☐ รถจักรยานยนต์
- ☐ รถจักรยาน
- ☐ รถโดยสารประจำทาง
- ☐ เดินเท้า
- ☐ อื่น ๆ.....

11. อาหารที่รับประทาน

วันนี้

มื้อเช้า.....

มื้อกลางวัน.....

มื้อเย็น.....

เมื่อวาน

มื้อเช้า.....

มื้อกลางวัน.....

มื้อเย็น.....

เมื่อวานก่อน

มื้อเช้า.....

มื้อกลางวัน.....

มื้อเย็น.....

8. สูบบุหรี่หรือไม่ ☐ สูบ ระยะเวลา.....ปี ☐ เคยสูบแต่ตอนนี้เลิกแล้ว สูบได้.....ปี ☐ ไม่เคย

9. ดื่มสุรา หรือไม่ ☐ ดื่ม ระยะเวลา.....ปี ☐ เคยดื่มแต่ตอนนี้เลิกแล้ว ดื่มได้.....ปี ☐ ไม่เคย

10. การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ

☐ กิน ☐ ไม่กิน

11. เวลาเข้านอน..... เวลาตื่นนอน.....

12. ท่านออกกำลังกายหรือไม่ ?

☐ ไม่เคย ☐ ประจำ ☐ บางครั้ง ☐ นาน ๆ ครั้ง

6.1 โดยวิธี.....

6.2 นานแค่ไหนในแต่ละครั้ง.....

6.2 ที่ครั้งต่อสัปดาห์.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินด้านสิ่งแวดล้อม

1. สภาพบ้านเรือน

☐ ถาวร ☐ ไม่ถาวร

2. ส้วม

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ใช้ร่วมกับบ้านหลังอื่น

3. แหล่งน้ำดื่ม

☐ ประปาหมู่บ้าน ☐ ประปาภูเขา ☐ บ่อบาดาล ☐ บ่อน้ำตื้น

☐ น้ำดื่มบรรจุขวด ☐ น้ำฝน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

3.1 กรณีเป็นบ่อน้ำตื้นหรือบ่อบาดาลมีฝาปิดมิดชิดหรือไม่

☐ มี

☐ ไม่มี

4. แหล่งน้ำใช้

☐ ประปาหมู่บ้าน

☐ ประปาภูเขา

☐ บ่อบาดาล

☐ บ่อน้ำตื้น

☐ น้ำดื่มบรรจุขวด

☐ น้ำฝน

☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

4.1 กรณีเป็นบ่อน้ำตื้นหรือบ่อบาดาลมีฝาปิดมิดชิดหรือไม่

☐ มี

☐ ไม่มี

5. การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล

☐ จัดเก็บโดยเทศบาล/อบต.

☐ เมากลางแจ้ง

☐ หลุมฝังกลบ

☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

บริเวณบ้าน

1. ความสะอาดบริเวณบ้าน

☐ สะอาดเรียบร้อย

☐ ไม่ค่อยสะอาด/ไม่ค่อยเรียบร้อย

☐ สกปรก

2. กลิ่น

☐ กลิ่นเหม็น

☐ ปกติ

3. การเลี้ยงสัตว์บริเวณบ้าน/ใต้ถุนบ้าน

☐ เลี้ยง

☐ ไม่เลี้ยง

4. การเลี้ยงสัตว์บริเวณใต้ถุนบ้าน

☐ เลี้ยง

☐ ไม่เลี้ยง

5. มูลสัตว์บริเวณบ้าน

☐ มี

☐ ไม่มี

6. รอบบริเวณบ่อน้ำมีการเทลาดด้วยปูนซีเมนต์ รัศมี 1 เมตร

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

7. แหล่งน้ำอยู่ห่างจากห้องส้วม 50 เมตร

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

8. แหล่งน้ำอยู่ห่างจากจุดฝังกลบมูลฝอย 100 เมตร

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

9. แหล่งน้ำอยู่ห่างจากบริเวณการเลี้ยงสัตว์ 100 เมตร

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

10. พื้นที่ร้อยละ 10 ของฝ้าผนังทั้งหมดติดต่อกับภายนอก (ไม่นับรวมกับพื้นที่ของประตู หน้าต่าง และช่องระบายอากาศที่ติดต่อกับห้องอื่นช่องทางกับภายในอาคาร)

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

11. พื้นที่ร้อยละ 20 ของพื้นที่ห้องสามารถรับแสงสว่างจากภายนอกได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

12. ความส่องสว่าง (Unit = Lux)

-ทางเดินบันได = ฟุต-แรงเทียน (2-3)

-ห้องน้ำ ห้องส้วม = ฟุต-แรงเทียน (3-5)

-ห้องรับแขก = ฟุต-แรงเทียน (5-8)

-ห้องอาหาร = ฟุต-แรงเทียน (8-10)

-ห้องครัวและที่ล้างภาชนะ = ฟุต-แรงเทียน (8-22)

-ห้องอ่านหนังสือ = ฟุต-แรงเทียน (30)

-ห้องทำงานฝีมือทั่วไป = ฟุต-แรงเทียน (50)

13. ระดับเสียง (Sound Meter)

13.1 ระดับเสียงในพื้นที่อยู่อาศัย (ภายนอกอาคาร)

- การรบกวนมากในช่วงกลางวันและเย็นมีค่า $Leq 16$ hr.
(ไม่เกิน 50 dBA)

- การรบกวนการนอนหลับ เปิดหน้าต่างมีค่า $Leq 8$ hr.
(ไม่เกิน 50 dBA)

13.2 ระดับเสียงในพื้นที่อยู่อาศัย

- การรบกวนปานกลางในช่วงกลางวันและเย็นมีค่า $Leq 16$ hr.
(ไม่เกิน 55 dBA)

- การรบกวนการนอนหลับในกลางคืนมีค่า $Leq 8$ hr.
(ไม่เกิน 30 dBA)

ห้องครัว

1. เครื่องปรุงอาหารมีเครื่องหมาย อย.

- ☐ ทุกชนิด
- ☐ มีเฉพาะบางชนิด
- ☐ ไม่มี อย.

2. ลักษณะพื้นผิวที่ประกอบอาหาร

- ☐ ไม้ ☐ พลาสติก
- ☐ สแตนเลส ☐ ดิน
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

3. บริเวณที่ปรุงอาหารสูงจากพื้น..... เซนติเมตร

4. การจัดเก็บช้อนส้อม

- ☐ เอาด้ามขึ้น
- ☐ เอาด้ามลง
- ☐ ไม่เป็นระเบียบ

5. ถังขยะ

- ☐ มีฝาปิดมิดชิด ☐ ไม่มีฝาปิด

5.1 แบบเท้าเหยียบหรือไม่

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. บริเวณบ้าน

6.1 มีแหล่งน้ำขัง

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6.2 มีแหล่งปฏิกูล (แหล่งรังโรค)

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. การปกปิดอาหารที่ปรุงสุกแล้ว

- ☐ ปกปิด/มิดชิด ☐ ไม่ปกปิด

8. สภาพอาหารแห้ง

- ☐ สภาพดี ☐ ชื้น/มีเชื้อรา

9. พื้นที่ทำความสะอาดจาน/ชาม

- ☐ เหมาะสม(สะอาด, สูงจากพื้น.....ซม.) ☐ ไม่เหมาะสม(ต่ำไป, สกปรก)

ห้องนอน

1. มีประตูหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ ร้อยละ 10 ของพื้นที่

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

2. ความสะอาด

☐ สะอาด

☐ ไม่สะอาด

3. อุณหภูมิ/ความชื้น/แสงสว่าง/กลิ่น

อุณหภูมิ.....

ความชื้น.....

แสงสว่าง.....

กลิ่น.....

ห้องน้ำ

1. ความสะอาด

☐ สะอาดมาก

☐ ปานกลาง

☐ สกปรก

2. ที่ล้างมือ

☐ มี

☐ ไม่มี

3. สบู่

☐ มี

☐ ไม่มี

4. ความแข็งแรงห้องน้ำ

☐ แข็งแรง

☐ ไม่แข็งแรง

5. ความปลอดภัยห้องน้ำ

☐ ปลอดภัย

☐ ไม่ปลอดภัย

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามระยะที่ 2

แบบประเมินสภาวะสุขภาพ

โครงการ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ผสมผสาน

การแพทย์แผนไทยและส่งเสริมสุขภาพ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ภายใต้การสนับสนุนโดย วช.

รหัส _____

ชื่อ - สกุลผู้ให้ข้อมูล _____

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

ที่อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตำบลป่าก่อคำ อำเภอแม่ลาว จังหวัด
เชียงราย

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ _____

ส่วนที่ 1 การตรวจร่างกายทั่วไป

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

3. ความดันโลหิต

ครั้งที่ 1mmHg

ครั้งที่ 2mmHg

ครั้งที่ 3mmHg

4. ตา

4.1 ตาข้างซ้าย

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

4.2 ตาข้างขวา

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

5.หู

5.1 หูข้างซ้าย

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

5.1 หูข้างขวา

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

6.มือและแขน

6.1 มือและแขนข้างซ้าย

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

6.1 มือและแขนข้างขวา

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

7.ขา

7.1 ขาข้างซ้าย

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

7.2 ขาข้างขวา

☐ ปกติ

☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....

8.อาการผิดปกติอื่น ๆ (ระบุ)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

1. สูบบุหรี่หรือไม่

☐ สูบ ☐ ไม่สูบ ☐ เลิกแล้ว.....ปี

2. ดื่มสุราหรือไม่

☐ ดื่ม ☐ ไม่ดื่ม ☐ เลิกแล้ว.....ปี

3. การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ

☐ ทาน ☐ ไม่ทาน ☐ เลิกแล้ว.....ปี

4. การออกกำลังกาย

☐ ไม่ทำ ☐ ทำ(แบบไหน.....)

ความถี่

☐ สม่ำเสมอ

☐ นาน ๆ ครั้ง

5. เวลาเข้านอน.....นาฬิกา

6. เวลาตื่นนอน.....นาฬิกา

7. อาชีพ

☐ ว่างาน(ไม่ทำงาน) ☐ กสิกรรม ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง ☐ อื่น ๆ

8. การศึกษา

☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ สูงกว่ามัธยมศึกษา

9. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ.....(ระบุ)

10. สถานภาพคู่สมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ แยก

10.1 สถานภาพคู่สมรส (กรณีคู่)

☐ มีชีวิต ☐ เสียชีวิต.....ปี

11. สมาชิกในครอบครัว.....คน

12. จำนวนบุตร.....คน (ปัจจุบันมีชีวิต.....คน)

13. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ

☐ บุตร/ธิดา ☐ ญาติ ☐ สามเณร/ภรรยา ☐ คนเดียว ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

14. รายได้(ต่อเดือน).....บาท

15. หนี้สิน.....บาท

16. โรคประจำตัว

16.1.....รักษาตัวที่.....

16.2.....รักษาตัวที่.....

16.3.....รักษาตัวที่.....



ใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น จากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่สรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวข้องกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำเฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้
อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบ

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (เช่น กรณีที่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยอยู่
ในภาวะหมดสติ) ให้ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายหรือผู้ปกครองหรือญาติที่ใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ลง
นามยินยอม

ลงนาม.....ผู้แทน/ผู้ปกครอง/ญาติ

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป

(Thai General Health Questionnaire 28)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านใน
ระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยขีด
เครื่องหมายวงกลมรอบคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบัน หรือ
ในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีใน
อดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

	ระดับ			
	1	2	3	4
1. รู้สึกสบายและมีสุขภาพดี				
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา				
3. รู้สึกทรุดโทรมและสุขภาพไม่ดี				
4. รู้สึกไม่สบาย				
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ				
6. รู้สึกตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ				
7. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว				
8. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ				
9. ไม่สามารถหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว				
10. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี				
12. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร				
13. รู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว				
14. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา				

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา (ต่อ)

	ระดับ			
	1	2	3	4
15.หาอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้				
16.หาอะไรซ้ำกว่าปกติ				
17.รู้สึกว่โดยทั่วไปแล้วหาอะไรไปแล้วหาอะไร ๆ ได้ดี				
18.พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป				
19.รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ				
20.รู้สึกว่าจะสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้				
21.สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้				
22.คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า				
23.รู้สึกว่ชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง				
24.รู้สึกไม่คุ้มค่าง่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป				
25.คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง				
26.รู้สึกว่บางครั้งหาอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก				
27.พบว่าตัวเองรู้สึกอยากตายไปให้พ้น ๆ				
28.พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอ ๆ				

หมายเหตุ 1 = ไม่เลย

2 = ไม่มากกว่าปกติ

3 = มาก

4 = ค่อนข้างมากกว่าปกติ

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

(WHOQOL – BREF - THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่านในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ บางครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1	2	3	4	5
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)มากนักเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1	2	3	4	5
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ คีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี(เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล)บ่อยแค่ไหน					
9	ท่านมีความรู้สึกพอใจแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
10	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
12	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
13	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่นั้น					
14	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
15	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
16	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
17	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
18	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด					
19	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1	2	3	4	5
20	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
21	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
22	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
23	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองดีเพียงใด					



General Health Questionnaire

Name..... Surname..... M/F Age.....

ID.....

Address.....

Income Family..... Work

Debt.....

Tel.....

Have you ever had any of the following? ท่านเคยมีอาการหรือเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่:

No	Condition อาการหรือโรค	Yes เคย	No ไม่เคย	Give detail if yes ถ้าเคยโปรดให้รายละเอียด
1	Disability (มีความพิการ)			
2	Diabetes (เบาหวาน)			
3	High blood pressure (ความดันโลหิตสูง)			
4	Heart problem (โรคหัวใจ)			
5	Breathing or lung disease problem (โรคทางเดินหายใจ)			
6	Sleep problem (นอนไม่หลับ)			
7	Eyesight or eye problem (โรคตา)			
8	Ear or hearing problem (โรคหู)			
9	Teeth & oral cavity (โรคในช่องปาก)			
10	Headache (ปวดศีรษะ)			
11	Dizziness (เวียนศีรษะบ่อย)			
12	Fainting (เป็นลมหมดสติ)			
13	Convulsion, epilepsy (โรคลมชัก)			
14	Diarrhea, dysentery (ท้องเดิน เป็นบิด)			
15	Constipation (ท้องผูกเสมอ)			
16	Peptic ulcer nausea, vomiting, melena (โรคกระเพาะ)			
17	Chest pain (เจ็บหน้าอก)			
18	Neck pain or back pain (ปวดคอ ปวดหลัง)			
19	Pain in arms, legs, hands or feet (ปวดแขน ขา มือ เท้า)			
20	Joint pain or arthritis (โรคข้ออักเสบ) Gout /			

	Rheumatoid			
21	Abdominal pain (ปวดท้อง)			
22	Diarrhea blood in stool (ถ่ายอุจจาระมีเลือด)			
23	liver disease, hepatitis, gall stone (โรคตับ, โรคถุงน้ำดี)			
24	Weakness or paralysis (อัมพฤกษ์ อัมพาต)			
25	Numbness (ชา)			
26	Chronic pain anywhere else (เจ็บหรือปวดเรื้อรัง ที่ใด)			
27	Menstrual problem(ประจำเดือนไม่ปกติ)			
28	Urinary or kidney (โรคไตและทางเดินปัสสาวะ)			
29	Skin problem (โรคผิวหนัง)			
30	Serious illness (เจ็บป่วยหนัก)			
31	Measles, mumps, chickenpox, dengue fever (หัด คางทูม อีสุกอีใส ไข้เลือดออก)			
32	Other infectious diseases: TB, malaria etc. (โรคติดเชื้ออื่นๆ เช่นวัณโรค มาลาเรีย เป็นต้น)			
33	Immunization BCG, Herb, tetanus (ได้รับวัคซีน BCG ดับอักเสบบี บาดทะยัก)			
34	Serious accident or injury (ได้รับอุบัติเหตุ/บาดเจ็บรุนแรง)			
35	Hospitalization (เคยเข้าโรงพยาบาล)			
36	Surgical operation (เคยผ่าตัด)			
37	X-ray ECG scans (เคยได้รับการ ตรวจหัวใจ เอกซเรย์ สแกน)			
38	Medication (ยาที่ใช้ประจำ)			
39	Allergy (ประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสิ่งอื่น)			
40	Family history of DM, HT, stroke, cancer (ประวัติโรคในครอบครัว ความดัน อัมพาต มะเร็ง โรคหัวใจ)			
41	Others not mentioned above(โรคอื่นๆ)			

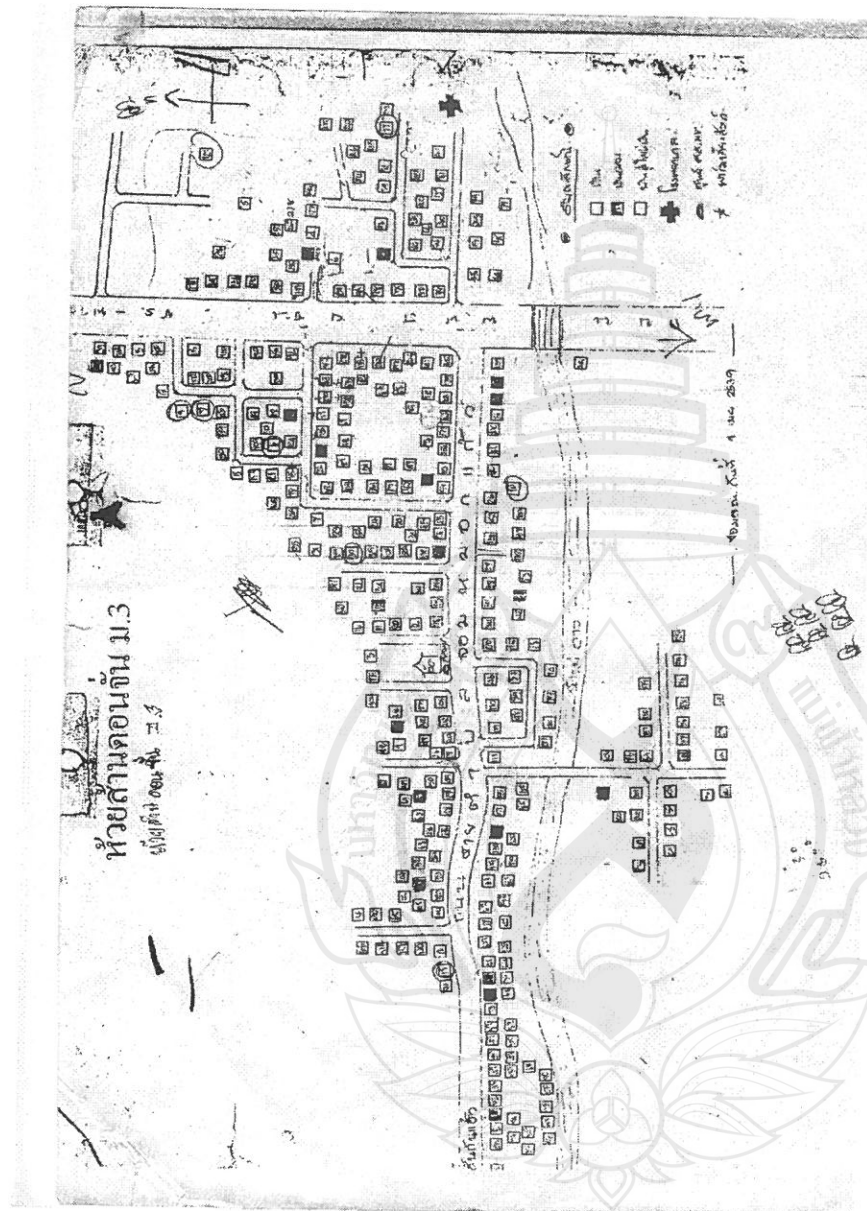
DateSignature.....

Name.....ID.....

Physical Examination

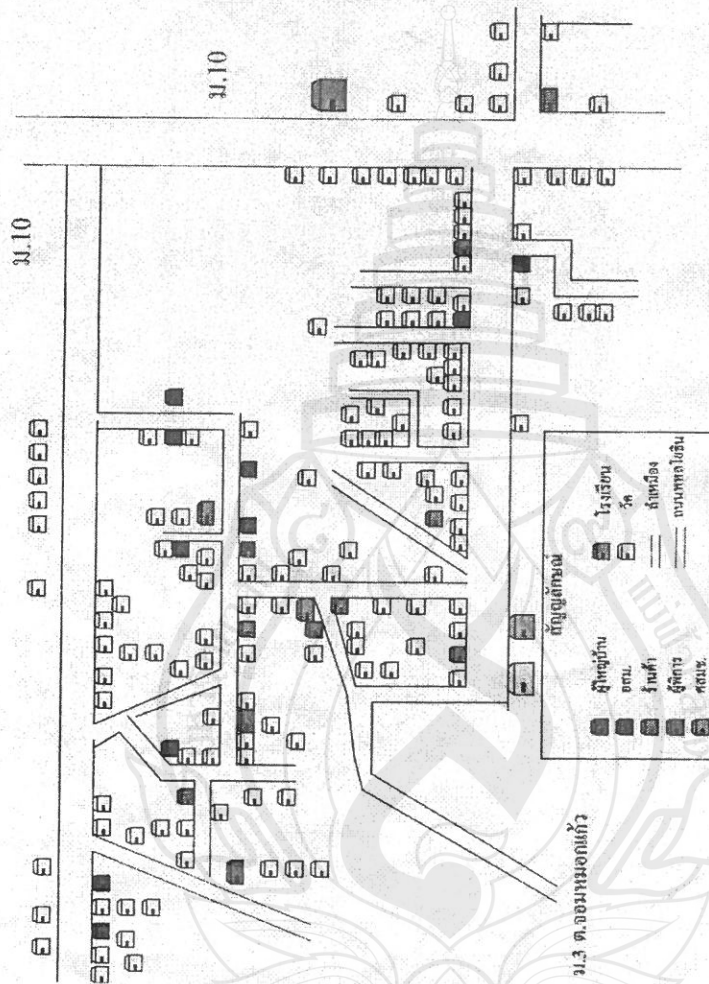
Ht.....Wt.....BMI.....BP.....P.....VA.....With/without/glasses/contact lens
Urine exam.....blood sugar.....ECG.....
Regular medication.....
Allergy.....
Para.....LMP.....GA.....Anemia.....
Jaundice.....Edema.....Dyspnea.....
Wheezing.....Deformity.....Mobility.....
Lymph nodes.....
Skin.....Eye.....
Ear.....Nose.....
Throat.....Head.....
Neck.....Trachea.....Thyroid.....Stiff neck.....
Heart.....Murmur.....Rhythm.....Cardiomegaly.....
Lung.....Wheeze.....Crepitation.....Trachea.....
Abdomen.....LSKK.....Ascites.....
Umbilicus.....Dilatedveins.....Spine.....
Upper limbs.....Lower.....
Weakness.....Numbness.....Varicoseveins.....
Consciousness.....Gait.....CN.....
Motor.....Sensory.....Reflexes.....
Babinskis.....Sensory.....Clonus.....
Speech.....Memory.....Reading.....
Writing.....Arrhythmics.....Mood.....
Social interaction.....
Others.....
Summary.....
Staff name.....
Date.....

ภาคผนวก จ
แผนที่หมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลปากท่อ



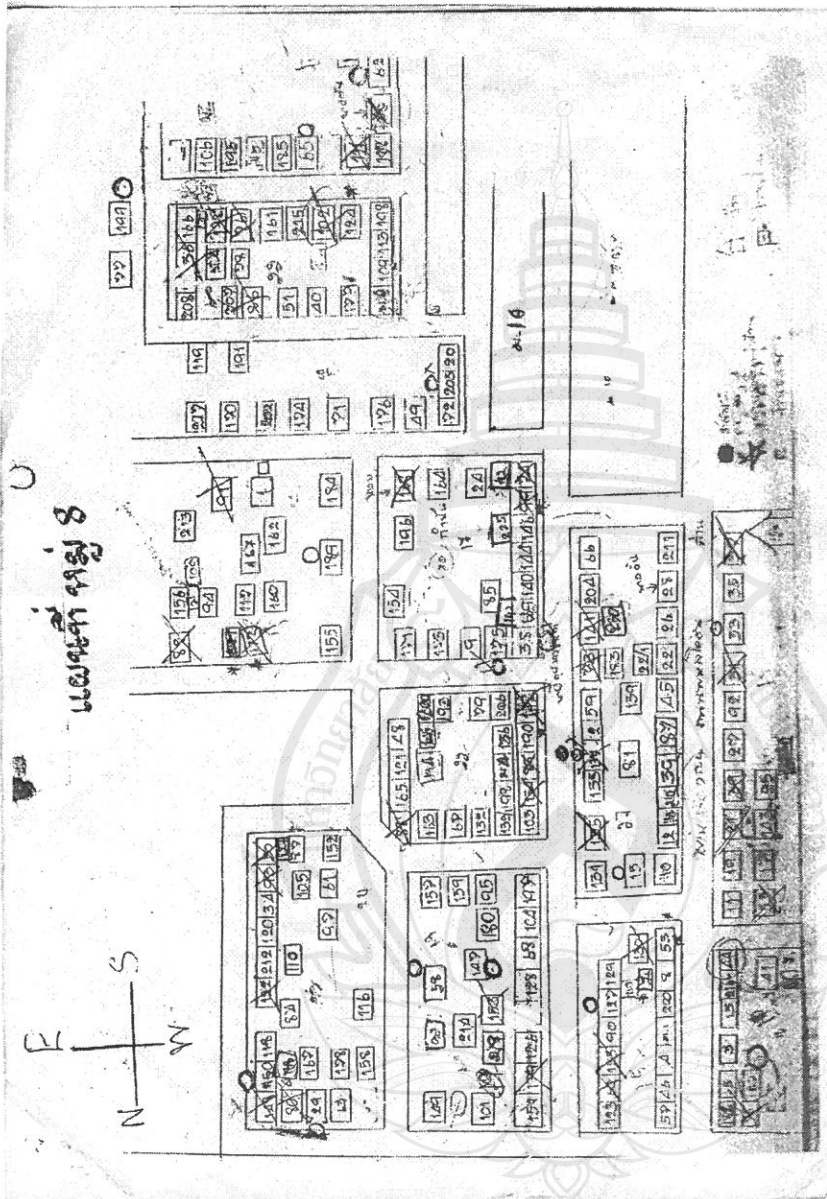
แผนที่หมู่ที่ 3

แผนที่โดยสังเขปบ้านปากทอง น. 7 ต. ป่าก่อคำ อ.แม่ลาว จ. เชียงราย

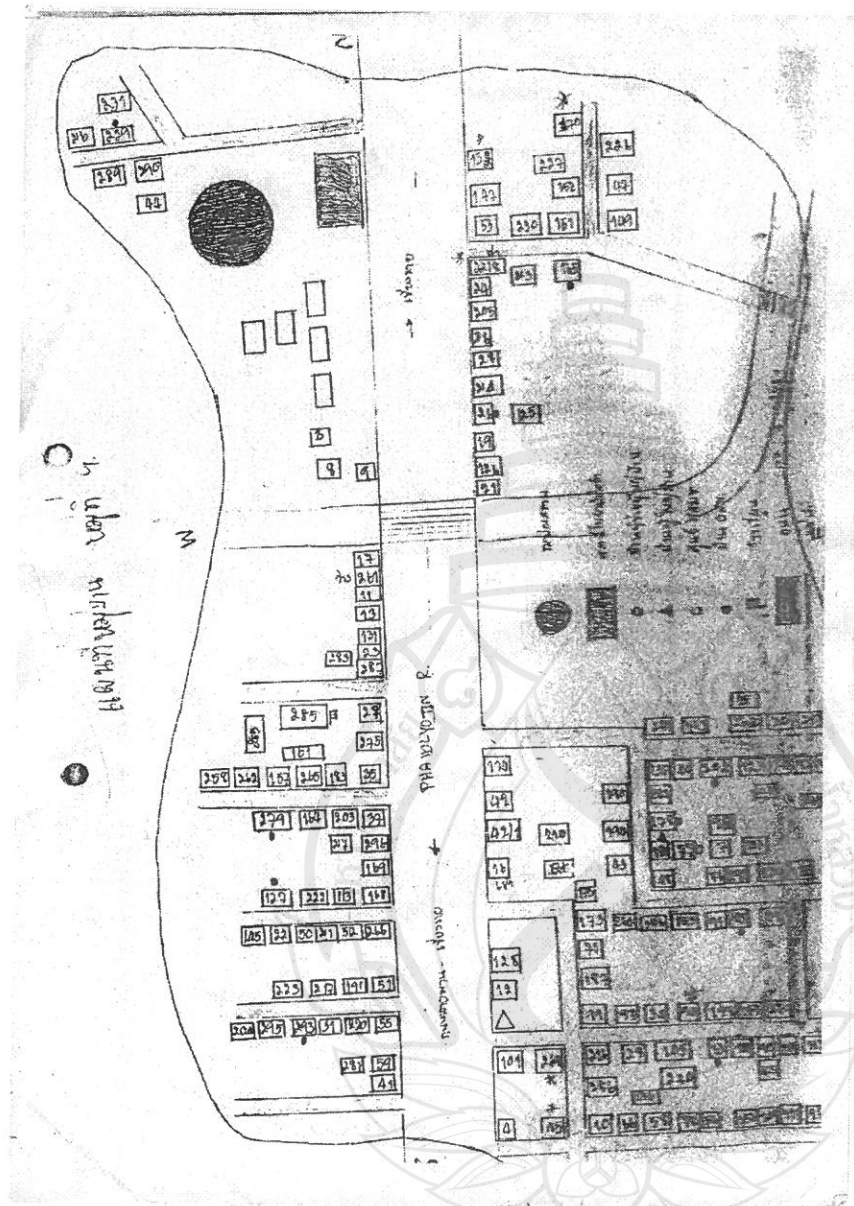


น. 3 ต. ดอนหมากแก้ว

แผนที่หมู่ที่ 7

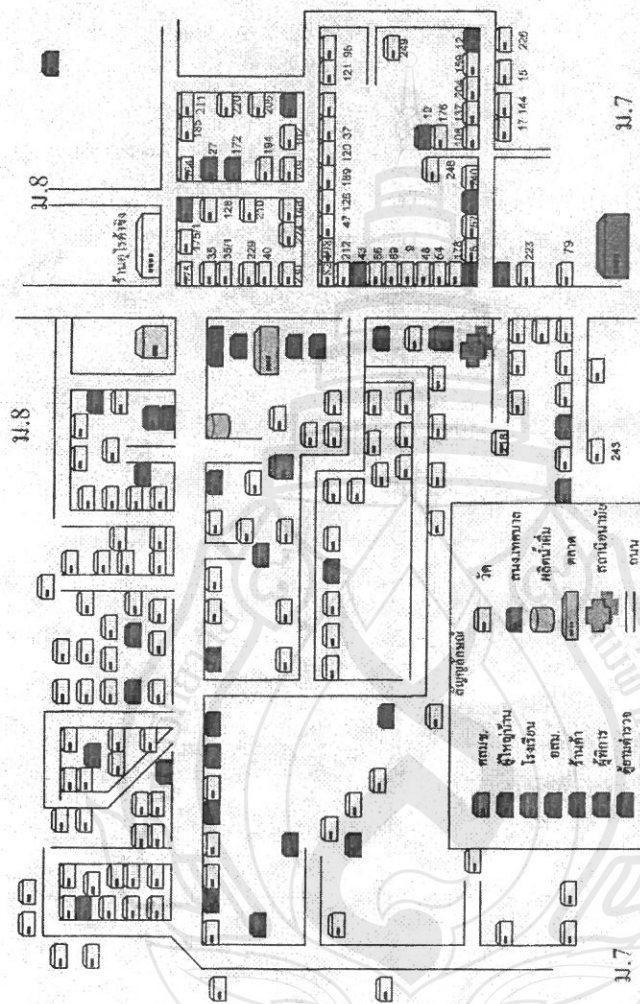


แผนที่หมู่บ้าน 8

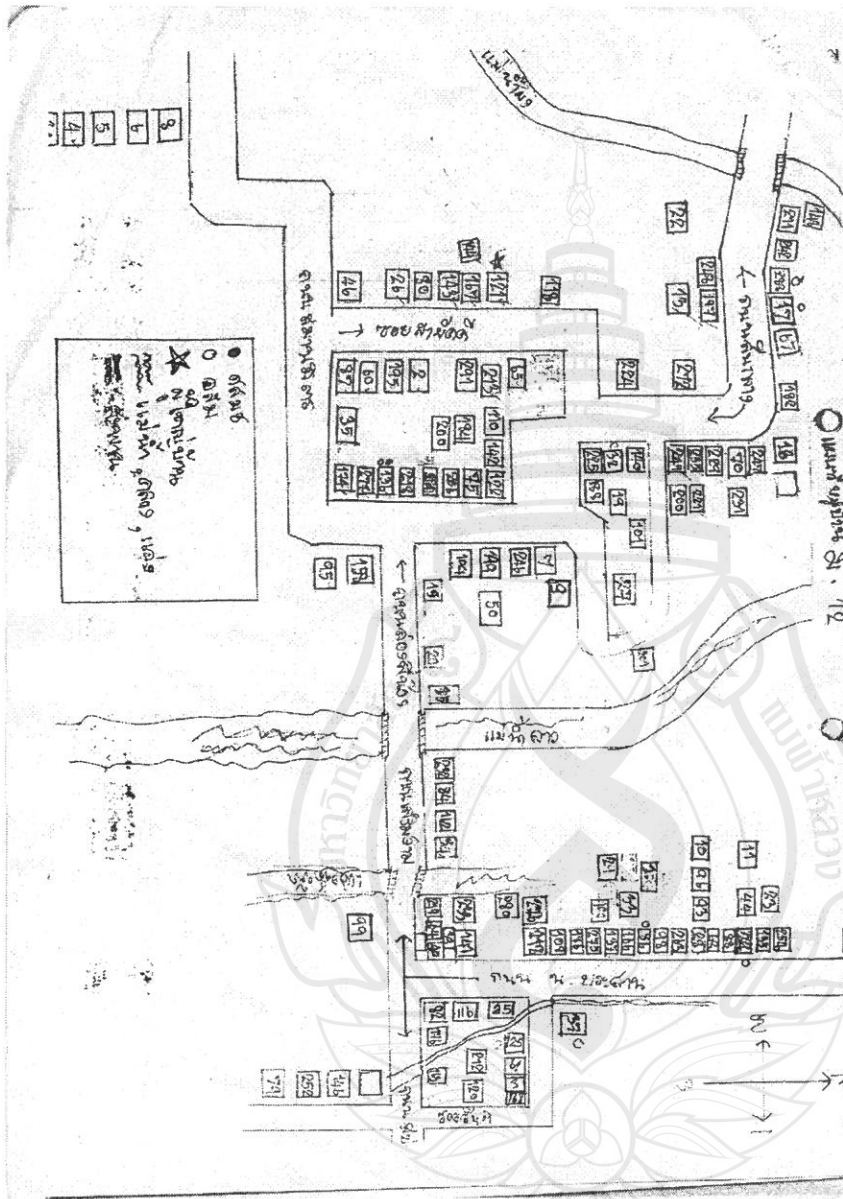


แผนที่หมู่ที่ 9

แผนโดยสังเขปที่บ้านป่าก่อคำ ม.10 ต.ป่าก่อคำ อ.แม่ลาว จ.เชียงราย



แผนที่หมู่ที่ 10



แผนที่หมู่ที่ 12

ภาคผนวก ฉ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





เอกสารเลขที่ 1/2551

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ขอรับรองว่า

โครงการ : การพัฒนารูปแบบการดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน
(The development of elderly health care and promotion model in the community)
โครงการเลขที่ : REH-51001
ชื่อหัวหน้าโครงการ : อาจารย์ ดร.ธวัชชัย ศิริคามสุข
สังกัด : สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เป็นโครงการวิจัยที่ไม่ขัดต่อหลักจริยธรรมสากลตามคำประกาศเฮลซิงกิ และแนวทาง
จริยธรรมการวิจัยในคนแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงได้ ณ วันที่ 29 เดือน เมษายน พ.ศ. 2551

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทอด เทศประทีป)

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง