

สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ
(หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน

อนุชา รักสนิท

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาศาสนาการณสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นได้ด้วยดี กระผมขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย และสนับสนุนการดำเนินงานด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณ คุณวันเฉลิม ฤทธิมนต์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ในการสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาทั้งในระหว่างการทำงานและการจัดทำผลงานวิชาการ และขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. ศักดา พริ้งลำภู สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเครื่องมือและขั้นตอนการศึกษานี้

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านห้วยเตี๋ อำเภอมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองน้อย สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านฝี่ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางมะผ้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ละนา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาปู่ป้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำผาเสื่อ อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแหง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจอง สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านแบกแซม อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงดาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแกน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอรุณทัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหวาย สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ในการให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ และมีส่วนร่วมในการศึกษานี้

และขอขอบพระคุณ ประชากรผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ที่ยินดีเข้าร่วมเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

อนุชา รักสนิท

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
คำถามการวิจัย	2
นิยามศัพท์เฉพาะ	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	4
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	11
กลุ่มชาติพันธุ์	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
กรอบแนวคิดการวิจัย	33
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	34
รูปแบบการวิจัย	34
ประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	34
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	36
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย	38
บทที่ 4 ผลการศึกษา	39
ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	39
การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	43
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	44
พฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	45

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	48
สรุปผลการศึกษา	48
อภิปรายผล	49
ข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม	52
ภาคผนวก	54
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
ประวัติผู้เขียน	61

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำแนกรายเขตสุขภาพ	21
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน	22
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายอำเภอ	34
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายอำเภอ	35
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม	42
ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลสุขภาพในแต่ละด้าน	43
ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละการประเมินภาวะสุขภาพจำแนกตามผลการประเมินแต่ละด้าน	44
ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำแนกตามพฤติกรรมแต่ละด้าน	45
ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละการคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวจำแนกตามความต้องการด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ	46

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์	39
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ	40
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	40
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพ	41
แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะครอบครัว	41
แผนภูมิที่ 6 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ดูแลผู้สูงอายุ	42

บทคัดย่อ

การศึกษารึ้นนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดน อันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้านพมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน จำนวน 48 หมู่บ้าน ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน, อำเภอปาย, อำเภอปางมะผ้า) จังหวัดเชียงใหม่ (อำเภอเชียงดาว, อำเภอเวียงแหง) และจังหวัดตาก (อำเภออุ้มผาง) กลุ่มตัวอย่างทำการสำรวจ จำนวน 227 คน (จากประชากรเป้าหมาย 2,059 คน) การสุ่มตัวอย่างวิธีแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีผลการศึกษามีดังนี้

1. การร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม (ร้อยละ 74.0)

2. การได้รับการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่ดูแลตัวเองได้ (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ ลูกหลานดูแล (ร้อยละ 43.6) และญาติดูแล (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับ

3. โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ พบว่า กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.7) มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.5) รองมาได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.3) และโรคกระดูกและข้อเสื่อม (ร้อยละ 3.8) ตามลำดับ

4. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 73.1) รองลงมาคือกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 26.9) และยังไม่พบว่ามีกลุ่มติดเตียง

5. การได้รับการวางแผนการดูแลสุขภาพ (Care Plan) ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 80.2) และได้รับการวางแผนการดูแล (ร้อยละ 19.8)

6. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15 - 30 นาที (2) รับประทานอาหาร ผลไม้ต่อสัปดาห์ (3) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (4) สูบบุหรี่/สูบบุหรี่ (5) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตอง โดยสรุปแล้วผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านทั้ง 5 ข้อ มีเพียง (ร้อยละ 8.4)

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ยังมีภาวะสุขภาพที่ควรได้รับการดูแล ในหลากหลายประเด็นตามที่กล่าวข้างต้น ดังนั้นจึงยังมีความจำเป็น ที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันกำหนดมาตรการดำเนินการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง และสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ให้มีประสิทธิผลมากขึ้น และต้องมีการสำรวจติดตามสถานะสุขภาพต่อเนื่องเป็นระยะๆ ต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 กำหนดให้กรมอนามัยมีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนจนถึงการสนับสนุนให้หน่วยงานในส่วนภูมิภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคที่สังกัดกรมอนามัยที่มีบทบาทหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูล และสร้างรูปแบบ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ พื้นที่ดำเนินงานได้แก่ พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ,ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” ในพื้นที่ดำเนินงานตามแผนกองทุนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) และพื้นที่โครงการรักษน้ำ เพื่อพระแม่ของแผ่นดิน

การดำเนินงานในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาเพื่อความมั่นคงในระดับพื้นที่ในเขตกองทัพภาคที่ 3 ซึ่งได้จัดทำแผนแม่บทโครงการหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดตาก เพื่อเสริมสร้างคน ชุมชนและพื้นที่บริเวณชายแดน จำนวน 48 หมู่บ้าน ให้มีภูมิคุ้มกันตนเองในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านความมั่นคงในระดับพื้นที่ โดยให้คนและชุมชนสามารถดำรงชีวิตอย่างยั่งยืนภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ปัจจุบันพื้นที่ชายแดนยังมีปัญหาและภัยคุกคามด้านความมั่นคงที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือลักษณะพื้นที่บริเวณแนวชายแดนดังกล่าวมีสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง สลับซับซ้อน การเดินทางยากลำบากส่งผลให้ประชากรซึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ดังกล่าวขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของรัฐ ส่งผลต่อการดำรงชีพ สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชากรจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากทุกภาคส่วนในการแก้ไขและคลี่คลายประเด็นปัญหา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของคน ชุมชน ยกระดับความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ให้ดีขึ้นและมีความมั่นคงทางสุขภาพอย่างถาวร

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดกรมอนามัย ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูล และสร้างรูปแบบ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ พื้นที่ดำเนินงานได้แก่ พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) ซึ่งปัจจุบันพื้นที่ชายแดนยังมีปัญหาและภัยคุกคามด้านความมั่นคงที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือลักษณะพื้นที่บริเวณแนวชายแดนดังกล่าวมีสภาพภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง สลับซับซ้อน การเดินทางยากลำบากส่งผลให้ประชากรซึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ดังกล่าวขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ของรัฐ ส่งผลต่อการดำรงชีพ สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชากร เนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มของจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีการพัฒนาฐานข้อมูลด้านประชากรและด้านสุขภาพให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์สุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยเมื่อปีงบประมาณ 2557 ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ได้มีการสำรวจสถานะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดแม่ฮ่องสอน - จังหวัดเชียงใหม่ - จังหวัดตาก โดยมีข้อมูลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ มีเพียงประเด็นสถานการณ์โรคและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยยังขาดการจัดกลุ่มผู้สูงอายุตาม ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) การได้รับการวางแผนสุขภาพ (Care Plan) รวมถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งปัจจุบันโครงการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) กรมอนามัย จำเป็นจะต้องใช้ข้อมูลดังกล่าวเพิ่มเติม

ดังนั้น ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานดังกล่าว จึงได้มีการสำรวจสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้านพมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน จำนวน 48 หมู่บ้าน ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก ขึ้น เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาและตรงต่อความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน

คำถามการวิจัย

สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดนเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มชาติพันธุ์ หมายถึง กลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต มีความแตกต่างด้านภาษา การแต่งกาย พิธีกรรมต่าง ๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกับในเชิงบทบาทและหน้าที่ต่อครอบครัวและสังคมเผ่า มีลักษณะทางเชื้อชาติ วัฒนธรรมประเพณีและภาษาพูดเดียวกัน รวมตัวเป็นพหุวัฒนธรรม มุ่งมั่นในการฟื้นฟูอนุรักษ์ควบคู่กับการพัฒนาความเจริญ สืบทอดอุดมการณ์เชิงวัฒนธรรมและกฎหมายที่สร้างสรรค์ความยุติธรรม ความเสมอภาคทางสิทธิมนุษยชนโดยอาศัยวัฒนธรรม ประเพณีความเชื่อให้สมาชิกได้ยึดถือปฏิบัติต่อกันเพื่อสร้างสังคมให้อยู่เย็นเป็นสุข บนรากฐานดินแดนที่เกิดของบรรพบุรุษ และส่งผ่านอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของคนยุคปัจจุบันสู่คนยุคอนาคตอย่างยั่งยืน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การสำรวจทำให้เกิดระบบข้อมูลสาธารณสุขที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังต่อไปนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ
2. นำข้อมูลไปจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศกลุ่มชาติพันธุ์ ของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
3. นำข้อมูลไปใช้ในวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับพื้นที่ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ถึงระดับผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับกลุ่มชาติพันธุ์แต่ละกลุ่มที่มีบริบท วิถีชีวิต วัฒนธรรมที่แตกต่างจากกลุ่มพื้นราบ

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้ารวบรวมเอกสาร ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสามารถสรุปประเด็นตามลำดับต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
4. กลุ่มชาติพันธุ์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ

ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Elderly Person เป็นสภาวะของ บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ มีความเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมด้วย เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งวัยของผู้สูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคน จะสามารถปรับตัวรับบทบาทวัยสูงอายุได้สมควรแก่ฐานะ ซึ่งเกณฑ์ การตัดสินความชรา (cut – off point) อยู่ที่ 60 ปี ที่ใช้กำหนดผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นคนชรา หรือ ผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกณฑ์ที่อิงกลุ่มประเทศโลกที่สาม สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ปลดเกษียณ ซึ่งตรงกับที่ประชุมโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงกันให้ใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลก ในการที่จะกำหนดผู้ที่จะถูกเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (สุทธิพงษ์ บุณผดุง, 2554) โดยผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (1) วัยเริ่มต้นของการสูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 51 - 65 ปี (2) วัยเกษียณคือ บุคคลที่มีอายุ 55 - 70 ปี (3) วัยสูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 65 - 75 ปี และ (4) วัยสูงอายุยิ่งยคือบุคคลที่มีอายุ 71 - 80 ปี (โสภภาพรรณ รัตน์ย, 2555)

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุในด้านต่างๆ มีดังนี้ (กริตินญา ไทยอยู่, 2558)

1. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ จะเกิดปัญหาต่างๆ ได้มาก ปัญหาผู้สูงอายุได้แก่

1.1 ความเจ็บป่วย คนไทยร้อยละ 66.4 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 14.6 เจ็บป่วย ต้องนอนรักษาตัว ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย การเจ็บป่วยมักเกิดจาก การปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย เพราะ

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้าย ขาดคู่ปรึกษา ประกอบกับ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและเปลี่ยนแปลง บทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจและบทบาท ของตน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึมเศร้า

1.2 การศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีการศึกษาน้อยมักจะขาดความรู้พื้นฐานในการพัฒนาความรู้ ด้านการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนสูงอายุ

1.3 ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากมีรายได้ไม่แน่นอน สุขภาพทรุดโทรม ขาดเพื่อนไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร

1.4 ปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม ถ้าสังคมมีแนวคิดที่ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์สูง ทำประโยชน์ให้สังคมจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพัฒนาตน ร่วมทำประโยชน์แก่สังคมเท่าที่จะทำได้ตรงข้ามกับสังคม ตะวันตกหรือประเทศอุตสาหกรรม มีการใช้เทคโนโลยีในการผลิตสูงจะมองค่าผู้สูงอายุต่ำ ไม่ต้องพึ่งพาการ ถ่ายทอดความรู้ ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่อง ทำให้เกิด การแยกตัวเองไม่สนใจการมีส่วนร่วมการพัฒนาสังคม เกิดความเครียด เบื่อหน่ายชีวิตซ้ำซาก กบฏกลหลาน

2. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดดังนี้

2.1 ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเกิดการเสื่อม อวัยวะทำงานลดลง และล้มเหลวในที่สุด

2.1.1 ความผิดปกติของเซลล์ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีเซลล์ผิดปกติ เสื่อม และ ตายไปหรือเซลล์ที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากเซลล์เดิม

2.1.2 สารอนุมูลอิสระ สารที่เกิดจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกายจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากมลภาวะของสิ่งแวดล้อม เช่น สารอนุมูลอิสระ ทำให้ ages pigment สะสมในเนื้อเยื่อ จะขัดขวาง การรับออกซิเจนและสารอาหารของเซลล์ วิตามินซี อี และซีลีเนียม เป็นสารสำคัญ ที่ยับยั้งการเกิดอนุมูล อิสระหรือเรียกว่า สารต้านอนุมูลอิสระซึ่งจะยืดเวลาของการเกิดโรคหัวใจ และมะเร็ง

2.1.3 ความเสื่อมและสึกหรอ ถ้ามีการใช้งานมากยิ่งทำให้แก่เร็วขึ้นหรือเมื่อเซลล์ ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมเกิดการสึกหรอ กระบวนการเหล่านี้จะมีการเสื่อมและถดถอยสูง-ต่ำ แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแต่ปัจจัย

2.1.4 การเชื่อมโยงของคอลลาเจน ทำให้เซลล์เกาะยึดกันแน่น ขาดความยืดหยุ่น ของกล้ามเนื้อ ข้อติดแข็ง ฟันหัก กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดมีแคลเซียมมาเกาะจับตัวแน่น ผิวหนังของ ผู้สูงอายุจะขาดความยืดหยุ่นการเชื่อมโยงจะเกิดขึ้นได้เร็วขึ้นถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีการเกิดต่อ กระจกเนื้อเยื่อของไตและหลอดเลือด การเชื่อมโยงเป็นสาเหตุเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดแข็งตัว ไตวายเรื้อรัง และระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง

2.2 บทบาทของการสูงอายุทางสังคม

2.2.1 ผู้สูงอายุจะมีการลดบทบาทความสำคัญลง ถอยตัวออกจากสังคม

2.2.2 ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และ รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่สำคัญของการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

2.2.3 ผู้สูงอายุจะพยายามดำรงหรือดำเนินกิจวัตรที่ชอบ ค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวต่อเนื่องไป

2.2.4 เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้น สมรรถนะในตนเองอาจเปลี่ยนแปลงหรือลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคง ตามไม่ทันสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2.3 หลักจิตวิทยาของผู้สูงอายุ

2.3.1 มนุษย์มีความต้องการภายในตามลำดับ ได้แก่

- 1) ความต้องการด้านร่างกาย
- 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 3) ความต้องการความรักและต้องการการเป็นเจ้าของ
- 4) การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น
- 5) การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง

2.3.2 เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นจะเปลี่ยนแปลงจากการมองภายนอกเป็นการมองเข้ามาภายในตนเอง หากตอบสนองโดยการมองภายในตนเองมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ จะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนเองมากกว่าจะมองความสำคัญของร่างกายหรือ การเสื่อมของร่างกายและการยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

2.4 ความผิดปกติของผู้สูงอายุที่อาจพบในระบบต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ตามระบบที่สำคัญดังนี้

2.4.1 ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของต่อมไทรอยด์ พาราไทรอยด์จะลดลง ตับอ่อนจะสร้างอินซูลินลดลง ทำให้เป็นเบาหวาน ฮอร์โมนเพศหญิงหรือฮอร์โมนเพศชายจะลดลง ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ตกใจง่ายในเพศหญิง

2.4.2 ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบางลง ทำให้ผิวหนังแตกง่าย แห้ง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง ผิวหนังขาดน้ำ ขาดความยืดหยุ่นเกิดแผลกดทับได้ง่าย ต่อมเหงื่อทำงานลดลง การระบายร้อนโดยวิธีระเหยไม่ดี ทำให้เป็นลมแดดได้ง่าย ต้องใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี ผิวหนังคันง่าย ผื่นร่วง การไหลเวียนเลือดสู่ศีรษะน้อยลง ผิวตกกระ เล็บหนา ผิวหนังรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิและการสัมผัสที่อ่อนลง

2.4.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดแดงใหญ่ จะมีความยืดหยุ่นลดลง มีผลให้ความดันซิสโตลิกสูง ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันไดแอสโตลิกเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ลิ้นหัวใจ มีไขมันและแคลเซียมมาจับทำให้ลิ้นหัวใจปิดเปิดได้ไม่ดี กำลังการหดตัวลดลง อัตรา การเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง คนสูงอายุหัวใจวายได้ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย

2.4.4 ระบบประสาท เซลล์สมองและประสาทจะลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่อายุ 25 ปี ขนาดของสมองลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ความจำเสื่อมจำอดีตได้แม่นยำ แต่จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อยความสัมพันธ์ทางความคิดกับร่างกายไม่สัมพันธ์กัน เวลานอนน้อย ตื่นบ่อย นอนไม่หลับซึ่งเป็นเพราะขาดการออกกำลังกาย การคิดวุ่นและเครียด

2.4.5 ระบบประสาทสัมผัส ได้แก่

- ตาจะลึบ เพราะไขมันใต้ตาจะลดลง ผนังตาเยื่อ รุ่มาตาเล็ก อาจมาจากมาตาฝ่อลีบลง มักพบตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ การมองเห็นมุกกว้างได้ลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ เริ่มแยกได้ช้าลงสายตายาว มองเห็นในเวลากลางคืนไม่ดี ความสามารถในการปรับมองเห็นจากที่มีมืดไปที่สว่างช้าลง
- หู จะตึงไวต่อความถี่ลดลง มีความยากลำบากในการเข้าใจคำพูดหากมีเสียงรบกวนหรือพูดเร็ว
- ต่อมไทรอยด์ จะทำงานลดลง ไทรอยด์น้อย รับรู้รสหวานลดลง จึงมักรับประทานอาหารรสจัดมากขึ้นโดยไม่รู้ตัว
- การรับกลิ่นจากจมูกลดลง เพราะเยื่อโพรงจมูกเกิดการเสื่อม

2.4.6 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้อลีบเล็กลงและลดความแข็งแรง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อ แคลเซียมออกจากกระดูกมากไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน ทำให้ทรวงอกขยายน้อยลง หายใจลำบาก อาศัยกระบังลม การควบคุมกล้ามเนื้อหดรูดลดลง กระดูกสันหลังโก่ง ความสูงลดลง น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวการเดินทางจะสั้นขณะที่พัก กล้ามเนื้อจะเป็นตะคริว เจ็บปวดควบคุมไม่ได้กระดูกเปราะ

2.4.7 ระบบทางเดินหายใจ ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ปอดยืดขยายหดตัวได้น้อย ปริมาตรการค้างของอากาศในปอดมีมาก ถุงลมจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้นและแตกง่ายประสิทธิภาพในการไหลลดลงเนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอกและการทำงานของกล้ามเนื้อในการหายใจไม่ดี จะทำให้เกิดอาการปอดบวมได้ง่าย

2.4.8 ระบบทางเดินอาหาร การขบเคี้ยวจะลำบากเพราะฟันลดลง เหงือกกร่น ต่อมไทรอยด์เสื่อม น้ำย่อยลดลง 1 ใน 3 อาหารเคลื่อนลงสู่กระเพาะอาหารช้าลงและย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้แสบยอดอก อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานทำให้ไม่หิว ดังนั้นการให้อาหารจึงควรให้น้อยแต่บ่อย และเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย แต่มีกากเพื่อช่วยในการขับถ่ายลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กหดตัวช้า กล้ามเนื้อแข็งแรงน้อย

2.4.9 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไตเล็กลง อัตราการกรองของเสียของไตลดลง ขนาดกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ถ่ายปัสสาวะบ่อยเนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้ภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เพศชายต่อมลูกหมากจะโต ทำให้ปัสสาวะลำบาก ในเพศหญิงมดลูก ปีกมดลูก รังไข่จะฝ่อ เนื้อเยื่อบริเวณช่องอวัยวะสืบพันธุ์จะหนาแห้ง มีความยืดหยุ่นน้อยลง

2.5 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

2.5.1 ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เนื่องจากหูตึง พูดไม่ชัด และความจำเสื่อม

2.5.2 ความจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อและการประสานงานของกล้ามเนื้อในการควบคุม การเคลื่อนไหวลดลง ข้อเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและระบบหายใจลดลงทำให้เหนื่อยง่าย

2.5.3 ความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดลดลง

2.5.4 ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ช้า

2.5.5 การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป

2.5.6 เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการรับรสและการดกกลืนลดลง ทำให้เบื่ออาหาร เคี้ยวอาหารลำบาก การย่อยและดูดซึมลดลง กระจายน้ำลดลง เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง การสังเคราะห์โปรตีน เอนไซม์และการสะสมไกลโคเจนลดลง

2.5.7 เกิดภาวะเสียสมดุลเกลือแร่ได้ง่าย

2.5.8 ความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่

- ท้องผูก เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง

- กลั้นอุจจาระได้ไม่ดี เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของทวาร

หนักลดลง

2.5.9 เกิดแผลได้ง่ายและหายช้า เนื่องจากผิวหนังบอบบาง หลอดเลือดเปราะและแตกง่าย รวมไปถึงการไหลเวียนเลือด ระดับเนื้อเยื่อลดลง

2.5.10 กระดูกหักง่ายและหายช้า เนื่องจากแคลเซียมที่สะสมในกระดูกมีน้อย มีการซ่อมแซมเซลล์กระดูกลดลง

2.5.11 เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

2.5.12 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค

- มะเร็งและเนื้องอก เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเปลี่ยนแปลงไป

- ความดันโลหิต เนื่องจากหลอดเลือดแข็ง ความต้านทานภายในหลอดเลือด

ส่วนปลายสูงขึ้น

- ต้อกระจก เนื่องจากการเสื่อมสภาพของแก้วตา

- เบาหวาน เนื่องจากการทำงานของตับอ่อนลดลง

- ถุงลมโป่งพอง เนื่องจากความยืดหยุ่น แลจำนวนถุงลมปอดลดลง

- ปอดบวม เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง

- ข้ออักเสบ เนื่องจากข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง

- โลหิตจาง เนื่องจากจำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลง

- สมองเสื่อม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมองและระบบประสาท

2.5.13 การตอบสนองต่อยาผิดไปและเกิดผลไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่าย เนื่องจากการดูดซึมยาทางระบบทางเดินอาหารลดลง ตับสังเคราะห์โปรตีนและเอนไซม์ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงยาลดลง การขับสารออกจากร่างกายทางไตลดลง ทำให้ระดับยาคงอยู่ในกระแสเลือดนานและเกิดพิษได้ง่าย ดังนั้นการให้ยาแก่ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังอย่างยิ่ง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้ยาทุกชนิด

2.5.14 เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากอวัยวะรับความรู้สึกสัมผัสลดลง หูตึง การรับกลิ่นลดลง ตามัว การทรงตัวดี และกล้ามเนื้ออ่อนแรง

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ

ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากกฎเกณฑ์ทางสังคมหรือสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ทำให้ห่างจากสังคม คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานลดลง แต่บางคนยังมีความสามารถดี ทั้งนี้เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายและการปรับตัวที่ดี

4. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

จิตใจของผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดิ่งามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีขึ้น มีความสุขุมเยือกเย็นเพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่พบในผู้สูงอายุ คือ

4.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง รับรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก

4.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้สูงอายุมักท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่สังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลง ทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง กระทบทกระเทือนใจง่าย หงุดหงิด

4.3 การยอมรับภาวะผู้สูงอายุ การยอมรับว่าการมีอายุมากขึ้น คือ การเข้าใจใกล้ ความตาย ความสิ้นสุด ทำให้บางคนมุ่งสร้างชีวิต บางคนชอบอยู่คนเดียว ทำให้รู้สึกอิสระและ ได้ใช้ชีวิตที่ตนเองชอบก่อนตาย

4.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ตนเองสนใจ ความสนใจส่วนใหญ่มุ่งที่ตนเอง สนใจเฉพาะสิ่งที่ตนเองคุ้นเคย ไม่ชอบงานแปลก ๆ ใหม่ ๆ ความมุ่งหวังในชีวิตลดลง

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรเข้าใจความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของสภาพร่างกาย ที่เกิดจากการทำหน้าที่ที่ลดลงของร่างกาย รวมทั้งเข้าใจในทุกด้าน ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุ การเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจึงจำเป็นในการศึกษาด้านผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีการสูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (ภาวิน ทองไชย, 2556)

1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of Aging)

ทฤษฎีนี้ อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสูงอายุทางร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยชราตั้งแต่ระดับเซลล์ โมเลกุล เนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นมีระดับของ ความแตกต่างในช่วงชีวิตแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีผิดพลาด (Error Theory) อธิบายถึงความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือ เอนไซม์ในเซลล์ ทำให้เซลล์มีคุณสมบัติที่แปลงสภาพไป จึงเกิดความผิดปกติของเซลล์ส่งผลให้เกิดการแก่ตัวเสื่อมสภาพหรือแก่ตายในที่สุด

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระเป็นผลพลอยได้ จากการเผาผลาญในร่างกาย และจะเพิ่มมากขึ้นจากมลภาวะจากสิ่งแวดล้อม ตัวอนุมูลอิสระจะไปกับเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเกิดความเสียหายและมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น

1.3 ทฤษฎีเชื่อมโยงไขว้ (Cross-Linkage Theory) เกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและจับตัวกัน ส่งผลให้มีการขัดขวางขั้นตอนการเมตาบอลิซึมพบมากในคอลลาเจน เมื่อเกิดการเชื่อมโยงไขว้จะทำให้มีการหนาตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สารอาหารและขับของเสียออกจากเซลล์ลดลง เช่น ผิวหนังของผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นลดลง

1.4 ทฤษฎีโปรแกรม (Programmed Theory/ Hay flick Theory) เชื่อว่าเซลล์ เมื่อมีการแบ่งตัว จะสามารถทำงานได้จนถึงระดับหนึ่งจะตาย เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ซึ่งสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดจะถูกกำหนดไว้แตกต่างกัน เช่น มนุษย์ถูกกำหนดอายุไว้ที่ 110-120 ปี

1.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) เชื่อว่า ระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์จะทำงานลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่า ร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง เช่น โรคข้อรูมาตอยด์ โรค Lupus

2. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

ทฤษฎีนี้อธิบายถึงผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการปรับตัวที่เปลี่ยนไปเพื่อช่วยให้สามารถพร้อมเผชิญหรือยอมรับและเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นทฤษฎีที่ศึกษาพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory) กล่าวว่าบุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปขึ้นเป็นลำดับขั้น จนถึงกระทั่งสูงสุด ทั้งหมด 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางร่างกาย

ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ

ขั้นที่ 3 ความต้องการความรักและความต้องการเป็นเจ้าของ

ขั้นที่ 4 ความต้องการการยกย่อง

ขั้นที่ 5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิต

2.2 ทฤษฎีเอกลักษณ์บุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) อธิบายว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วย

จิตตน (Ego) โครงสร้างของจิตนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ รับรู้เกี่ยวกับความจริง ความเป็นเหตุเป็นผล การเข้าใจตามสภาพแวดล้อมสังคมนั้น ผู้สูงอายุสามารถใช้จิตตนในการปรับมุมมองความคิดให้เหมาะสมกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตในแต่ละสถานการณ์

จิตคุณธรรม (Superego) จิตคุณธรรมนี้จะถูกปลูกฝังและซึมซับมากับผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก จากการเห็นตัวอย่างของคนในครอบครัวรวมถึงคนใกล้ชิด จะเป็นสิ่งที่ติดตัวบุคคลนั้นให้พัฒนาด้านนี้มากขึ้น ในการเป็นลักษณะเฉพาะบุคคล

เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเปลี่ยนจากมองภายนอกเข้ามา มองภายในตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมองเข้ามาภายในตนเองและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญความเสื่อมถอยของร่างกาย สามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

3. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociologic Theories of Aging) อธิบายถึงความสำคัญถึงการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทระหว่างบุคคล ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปจะมีการถดถอยหนีออกจากสังคม ลดบทบาทของตนเองเพื่อคงความสมดุลในสังคมไว้

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory/Development Task Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุยังคงต้องการเป็นส่วนหนึ่งในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ทั้งกายและใจทำให้ผู้สูงอายุยังคงปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่องควรสนใจและร่วมเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ สร้างความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ เชื่อว่า จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมตามความเหมาะสม เช่น งานอดิเรก รวมถึงการร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ สมาคม หรือ ชมรมผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้ยังเชื่อว่าสามารถสร้างความสุขให้ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) วัยสูงอายุเป็นวัยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นส่วนตัวได้อย่างต่อเนื่องเรื่อยไป

3.4 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) สัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนดสมรรถนะในตัวบุคคลนั้น เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตนเองเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือลดลง ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมได้

3.5 ทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การพัฒนาด้านจิตวิทยาสังคมของผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงชีวิตที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่ามีคุณค่า มั่นคง หรือท้อแท้ หวัง สำหรับบุคคลที่รู้สึกว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า ถ้ามีความมั่นคงก็จะมีความรู้สึก ความพึงพอใจในผลของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมาในสถาบันครอบครัว และเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ในเรื่องต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (วิโรจน์ เรื่องสะอาด, 2549)

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุนี้เป็นทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งทฤษฎีกระบวนการสูงอายุมียุติหลายทฤษฎีของการเป็นผู้สูงอายุแต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกัน แต่ไม่มีทฤษฎีใดจะอธิบายได้ครอบคลุมทั้งหมด ทั้งความสามารถทางร่างกายที่ลดน้อยลงความจำ ความสามารถในการเรียนรู้ต่าง ๆ ความสามารถในการคงบทบาทของตนเองและทางสังคม

3. การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่แต่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคมนั้นคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Orem, 1991 ; Orem, 2001 ; Pender, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า คำว่าสุขภาพที่ดีคือการมีดุลยภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ หาทางเลือกอื่นในการรักษาไม่ใช่พึ่งพาแต่เทคโนโลยี (ประเวศ

วะสี, 2547) สุขภาพกายของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สังเกตง่ายไม่ว่าจะเป็น สายตา ที่เมื่ออายุมากขึ้นสายตาคจะ ยาวออก มองเห็นไม่ชัดเจน หู มักจะหูหนวกหูตึง การได้ยินจึงไม่ชัดเจน ฟัน ยิ่งมีอายุมากขึ้นโอกาสเกิดฟันผุ หรือหลุดนั้นย่อมมีมาก ซึ่งการสูญเสียฟันอาจทำให้ต้องใส่ฟันปลอม ระบบขับถ่ายเสื่อมถอยซึ่งเกิดจากการ เสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อหูรูด (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลงจากที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง มาเป็นทำได้แต่ต้อง ใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่สามารถทำเลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557) สำหรับ สุขภาพทางจิตนั้นเป็นสิ่งที่ สังเกตได้ยากกว่าและมีความสำคัญต่อสุขภาพกาย การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้ จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่ง ผลให้ร่างกายทรุด โทรม เบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

การมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวอย่างแข็งแรงในวัยสูงอายุ จะต้องเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ โดยต้องมีแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ไว้ 4 ประการ คือ มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ มี ฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. มีสุขภาพกายและจิตใจดีตามที่พึงประสงค์

1.1 มีสุขภาพกายที่พึงประสงค์ คือปราศจากประวัติและอาการของโรคต่างๆ ดังนี้

1.1.1 โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

- 1) หัวใจขาดเลือด
- 2) โรคมะเร็ง
- 3) โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน
- 4) โรคข้อเสื่อม
- 5) โรคเอดส์
- 6) วัณโรค

1.1.2 โรคที่สามารถ ควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

- 1) โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mm/ng
- 2) โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้อยู่ระดับต่ำกว่า 150 mg

1.2 สุขภาพจิต เกณฑ์สุขภาพด้านจิตใจ

1.2.1 เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและหรือเพื่อนบ้านเป็นประจำ

1.2.2 ไม่มี หรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2.3 รู้สึกว่าตนเองมีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)

1.2.4 รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

ตั้งเกณฑ์ (ไม่จำกัดว่าจะขาดข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อ)

4 ดีมาก

3 ดี

2 พอใช้

1 ไม่พอใช้

นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2559) มีแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (20) มีข้อคำถาม 2 ข้อ ดังนี้

- ข้อที่ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่
- ข้อที่ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

เกณฑ์การประเมินถ้าตอบ "ไม่มี" ทั้ง 2 ข้อ ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ*มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า"

2. มีฟันการที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ฟันการที่ใช้งานได้ คือฟันที่อยู่ในสภาพดีสามารถใช้งานได้และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถก็รักษาได้ ได้แก่

2.1 ตัวฟันต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้งานได้

2.2 ฟันต้องไม่ผุลุกลามทะลุโพรงประสาทฟัน จนไม่สามารถรักษาคลองรากฟัน

2.3 ฟันต้องไม่ผุจนเหลือแต่ราก

2.4 ฟันต้องไม่โยกจากโรคปริทันต์จนเก็บรักษาไว้ไม่ได้

3. ดัชนีมวลกาย นิยาม ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) เป็นมาตรการที่ใช้ประเมินภาวะอ้วน ผอมในผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกคนสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง โดยการ ชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและวัดส่วนสูงเป็นเมตร และนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย ดังนั้น ดัชนีมวลกายจึงมีหน่วยเป็นกิโลกรัม/ตารางเมตร (กก/ตร.ม.)

โดยสามารถแปลผลค่า BMI ได้ดังนี้

ค่า BMI < 18.5 แสดงถึง อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม

ค่า BMI 18.5 - 22.90 แสดงถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ค่า BMI 23 - 24.90 แสดงถึง น้ำหนักเกิน

ค่า BMI 25 - 29.90 แสดงถึง โรคอ้วน

ค่า BMI 30 ขึ้นไป แสดงถึง โรคอ้วนอันตราย

4. สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ผู้สูงอายุสามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และประเมินโดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้

- การประเมินด้วยตนเองหรือครอบครัว

- การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร สอบถามความถี่ของการปฏิบัติ ประกอบด้วย 20

ข้อ ดังนี้

1. กินอาหารครบ 5 หมู่
2. กินอาหารหลากหลาย,ไม่ซ้ำซาก
3. กินข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง
4. กินผัก
5. กินผลไม้
6. กินปลา
7. กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน
8. ต้มนม
9. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่
10. ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร
11. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว
12. ตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
13. กินอาหารที่มีไขมันหรือน้ำมัน
14. กินอาหารประเภททอดและผัด
15. กินอาหารประเภทที่มีรสหวาน
16. ต้มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน
17. เติมน้ำตาลทุกครั้งทีกินอาหาร
18. กินอาหารรสเค็ม
19. เติมน้ำปลาหรือเกลือทุกครั้งทีกินอาหาร
20. กินอาหารที่ใส่สีผสมธรรมชาติ

โดยพฤติกรรมการกินตามข้อ 1 - 12 เป็นพฤติกรรมที่ดี ต้องปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมการกินตามข้อ 13 - 20 เป็นพฤติกรรมที่จะต้องปรับปรุง ต้องไม่ปฏิบัติเลย

การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ เป็นการประเมินตนเองดูว่า มีภาวะ "ปัสสาวะเล็ด" หรือ"ปัสสาวะราด"จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน หากมีควรไปพบแพทย์

การประเมินปัญหาการนอน เป็นการประเมินปัญหา นอนไม่หลับ นอนมากไป นอนกรน นอนละเมอ หรืออื่นๆ รวมถึงระยะเวลาการนอน และอาการง่วงนอนตอนกลางวัน

การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ควรทำเป็นกิจวัตรหลังแปรงฟันเสร็จแล้ว โดยอ้าปากส่องกระจกในที่แสงสว่างเพียงพอ และอาจใช้กระจกเงาบานเล็กๆ ช่วยสะท้อนในปากตรงบางมุมที่ดูยาก โดยตรวจ 4 ข้อดังนี้

1. แปรงฟันได้สะอาดทั่วถึงหรือไม่ ยังมีเศษอาหาร คราบจุลินทรีย์ (ขี้ฟัน) ตกค้างหรือไม่
2. ตัวฟันและรากฟัน มีลักษณะผิดปกติ มีรอยดำ เป็นรูฟุสสิค เป็นหลุมหรือไม่
3. เหงือกมีการอักเสบ บวมแดง ขอบเหงือกมีหินปูน หรือฟันโยกหรือไม่
4. มีแผล หรือก้อนทุม บริเวณเหงือก ข้างแก้ม เพดาน ลิ้น ริมฝีปาก นานมากกว่า 2

สัปดาห์ หรือไม่

การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กลงไว้ล่วงหน้า
 - 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. ทำได้เอง
4. ใช้ห้องน้ำ
 - 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)
 - 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเซ็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้
 - 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมใส่เสื้อผ้า
 - 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
 - 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้

เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั้นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่าผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

กลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการ ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ด้านสุขภาพ และด้านสังคม ดังนี้

1. กลุ่มที่พึ่งตนเองได้ เป้าประสงค์ได้แก่การสนับสนุนการพึ่งตนเอง สนับสนุนคลังสมองและพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมให้ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี การส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมจิตอาสาและพัฒนาความ เข้มแข็งของคลังสมองในชมรมผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้บ้าง กิจกรรมที่ควรได้รับได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้านการดูแลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรคและการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีส่วนร่วมใน กิจกรรมของครอบครัวชมรม วัด และชุมชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาาระบบการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพ ผู้สูงอายุ การเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่าย และบริการความสัมพันธ์ภาคีเครือข่าย

3. ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงผู้อื่น ยังคงจุดมุ่งหมายของการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และการเพิ่มศักยภาพและการผลิตพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเนื่องจากยังมีช่องว่างแห่งความรู้ที่ ต้องศึกษาอีกมาก สำหรับกิจกรรมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม สุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้าน การดูแลที่บ้าน การส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรค การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุรูปอบรมพื้นที่สุขภาพในชุมชน และรูปแบบสถานบริการในชุมชน

การประเมินภาวะหกล้ม ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและจับเวลาโดยให้เดินเป็น เส้นตรงระยะทาง 3 เมตรหมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม โดยมีเกณฑ์การตัดสิน ดังนี้

- ผู้สูงอายุใช้เวลาในการเดินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที ถือว่า ปกติ
- ผู้สูงอายุใช้เวลาในการเดินตั้งแต่ 30 วินาทีขึ้นไป ถือว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

ควรได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และป้องกันภาวะหกล้ม

การประเมินข้อเข่าเสื่อม เป็นการประเมินลักษณะอาการ แล้วให้คะแนน 4 (ไม่มีปัญหา/ อาการ) - 0 (มีอาการ) ดังนี้

1. ลักษณะอาการเจ็บปวดเข่า
2. มีปัญหาเรื่องเข่าในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองหรือไม่เช่น การยืนอาบน้ำ
เป็นต้น
3. มีปัญหาเรื่องเข่า เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทาง
4. ระยะเวลาานานเท่าไรที่ท่านเดินได้มากที่สุดก่อนที่จะมีอาการปวดเข่า
5. อาการเข่าหลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกจากเก้าอี้
6. เดินโยกตัว (เดินกระเผลกกระเผลก) เพราะอาการที่เกิดจากเข่า
7. สามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้
8. มีปัญหาปวดเข่า ในขณะที่นอนกลางคืน
9. มีอาการปวดเข่าขณะทำงาน/ทำงานบ้าน
10. มีความรู้สึกว้าวุ่นของเข่าของท่านทรุดลงทันทีหรือหมดแรงทันทีจนตัวทรุดลง
11. สามารถไปซื้อของใช้ต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง
12. สามารถเดินลงบันไดได้

ผลการประเมิน

- เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0 - 19 คะแนน) ควรได้รับการรักษาจาก ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที
- มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20 - 29 คะแนน) ควรปรึกษา ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา
- เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30 - 39 คะแนน) ควรได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และการทำกิจกรรมที่เหมาะสมยังไม่พบอาการผิดปกติ (40 - 48 คะแนน) ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

การประเมินภาวะสมองเสื่อม เป็นการประเมินสมรรถภาพสมองด้านการรับรู้และความจำ สำหรับผู้สูงอายุไทยที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร โดยให้ผู้สูงอายุดูภาพ ถยนต์ เสือ เก้าอี้ แล้วพูดทวนชื่อสิ่งของทั้ง 3 คือ รถยนต์ เสือ เก้าอี้ เพียง 1 ครั้ง และให้ผู้สูงอายุจำของ 3 สิ่งไว้ เพราะสักครู่ผู้ประเมินจะกลับมาถามใหม่ โดยมีข้อคำถามดังนี้

1. ให้ผู้สูงอายุกำหนด 20 - 3 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที หลังจบคำถาม) ถ้าผู้สูงอายุตอบคำถามที่ 1 ไม่ได้ ให้ตั้งเลข ต่อไปคือ 17 - 3 จากนั้นให้กำหนดในครั้งต่อไป ตามลำดับให้เลขไปเรื่อยๆ จนครบ 1 นาที

2. ให้กลับมาถามถึงสิ่งของ 3 อย่างที่ฝากให้จำในครั้งแรก (ต้องไม่ให้เห็นภาพ เพราะต้องการทดสอบเรื่องความจำของผู้สูงอายุ และต้องพูดถูกทั้ง 3 ภาพ ห้ามขาดภาพใดภาพหนึ่ง โดยอาจไม่เรียงลำดับของภาพก็ได้ จึงจะถือว่าผู้สูงอายุตอบได้ถูกต้อง)

การแปลผล ตอบถูกทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ กรณีที่ผิด 1 หรือ 2 ข้อ อาจมีปัญหาเรื่องความจำ ให้ส่งต่อ รพ.สต. โรงพยาบาล หรือสถานบริการของรัฐ

นอกจากนี้ยังมีการประเมินสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) กรมสุขภาพจิต (2559) มีข้อคำถามดังนี้

1. อายุเท่าไร
2. ขณะนี้เวลาอะไร
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ
4. ปีนี้ ปีอะไร
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่า
6. คนนี้ (คนถาม) คือใคร และคนใกล้ๆ (ญาติ) คือใคร
7. วันเดือนปีเกิด ของท่านคือ
8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิปโยค เกิด พ.ศ. อะไร
9. พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร
10. ให้นับถอยหลัง 20 จนถึง 1

การพิจารณา รู้คิดปกติ (ตอบถูก ตั้งแต่ 8 ข้อขึ้นไป และรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก ≤ 7 ข้อ)

4. กลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีตมากกว่า ร้อยปี มีความแตกต่างจากกลุ่มชนอื่นๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยอาศัยตั้งถิ่นฐานกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆใน 67 จังหวัด จำนวน 56 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน หรือร้อยละ 9.68 ของประชากรประเทศ จำแนกพื้นที่ตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะ คือ กลุ่มตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูงหรือชนชาวเขา กลุ่มตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่ราบ กลุ่มชาวเลและกลุ่มอาศัยในป่า วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีความหลากหลาย มีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไป โดยสภาพเศรษฐกิจ-สังคม ตามจารีตประเพณีเป็นการปรับตัวเข้ากับฐานทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิ สังคมที่ตั้งถิ่นฐานอยู่โดย “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง” หรือชนชาวเขาจะตั้งถิ่นฐานตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูง ทางภาคเหนือ เป็นสังคมเกษตรกรรมที่พึ่งอาศัยป่าเป็นหลัก “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่ราบ” เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มใหญ่ที่มีวิถีการดำรงชีวิตกลมกลืนกับคนไทยทั่วไป มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก โดยมีแนวโน้ม เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมืองมากขึ้นแต่ยังคงอัตลักษณ์และวัฒนธรรมของตนเองอยู่ สำหรับ “กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้ง ถิ่นฐานตามหุบเขาหรือชายฝั่งทะเล” เรียกว่า ชาวเล มีวิถีชีวิตอยู่ทั้งบนเกาะและในท้องทะเล มีอาชีพประมง เป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มเล็กที่ขอบอาศัยในป่า ดำรงชีวิตด้วยการล่าสัตว์และเก็บของป่า

การพัฒนาของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย ตลอดระยะเวลากว่า 50 ปีที่ผ่านมาเริ่มจากการพัฒนา กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง คือ “ชนชาวเขา” ด้วยสาเหตุสำคัญคือ ความมั่นคงบริเวณพื้นที่ชายแดน การแก้ไขปัญหาเสพติด ปัญหาการตัดไม้ทำลายป่า การทำไร่เลื่อนลอย และการลดอัตราการเพิ่มประชากร โดยใช้ “นโยบายรวมพวก” เป็นหลัก เพื่อให้ชนชาวเขาเป็นพลเมืองไทยที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการตั้ง “คณะกรรมการสงเคราะห์ชาวเขา” ในปี 2502 และต่อมาได้บรรจุเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศครั้งแรกในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) ในการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเรียกชนชาวเขาว่า “เป็นคนไทยแต่อยู่บนเขา” พระองค์ได้พระราชทานความช่วยเหลือในการสงเคราะห์และพัฒนาในด้าน การศึกษาตั้งแต่ปี 2506 เป็นต้นมา และในปี 2512 มีพระราชดำริให้จัดตั้ง “โครงการหลวง” ขึ้น เพื่อช่วยเหลือ ชนชาวเขาในด้านมนุษยธรรม แก้ไขปัญหาเสพติด การส่งเสริมการทำเกษตรที่ถูกต้องและเพื่อการจัดตั้ง ถิ่นฐานถาวรเป็นหลักแหล่งและช่วยรักษาป่า ต่อมาได้มีกิจกรรมดำเนินงานพัฒนาช่วยเหลือชนชาวเขาและกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ ตามแนวพระราชดำริอีกหลายโครงการกระจายอยู่ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศถึงปัจจุบัน การพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงของรัฐ ได้มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อคณะรัฐมนตรีได้มี มติเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2532 และวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2535 เรื่อง นโยบายแก้ไขความมั่นคงของชาติ เกี่ยวกับชาวเขาและการปลูกพืชเสพติด มุ่งเน้นในการจัดตั้งถิ่นฐานถาวร การสำรวจสถานะบุคคล การพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส การอนุรักษ์และพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติ และการแก้ไขปัญหา เสพติด โดยมีการตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นรับผิดชอบ มีการสำรวจข้อมูลชุมชนพื้นที่สูงตามมติ คณะรัฐมนตรีในปี 2536 จัดทำแผนแม่บทในระดับชาติและระดับจังหวัด และมีการดำเนินงานร่วมกันของ หน่วยงานต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่จากการปฏิรูประบบราชการในปี 2545 โครงสร้างงานบริหารงานของหน่วยงานต่างๆเปลี่ยนแปลงไป ขาดหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน การพัฒนา กลุ่มชาติพันธุ์มี

ลักษณะเป็นงานประจำปกติ ในขณะที่การแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ โดยรวมยังไม่หมดไปทำให้กลุ่มชาติพันธุ์รวมตัวกันเรียกร้องเรื่องสัญชาติ การย้ายถิ่นและการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดตามปฏิญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิชนพื้นเมือง พ.ศ.2550 ผลการพัฒนาของกลุ่มชาติพันธุ์โดยรวมในระยะที่ผ่านมา แม้ว่าจะส่งผลให้ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต ของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ดีขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคม การปกครองและสภาพภูมิอากาศ รวมทั้งการบริหารจัดการที่หลากหลายขาดความชัดเจน ปัญหาต่างๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์จึงยังคงอยู่โดยเฉพาะ เรื่องการกำหนดสถานะบุคคล การจัดตั้งถิ่นฐานถาวรและการได้รับการยอมรับรวมทั้งยุทธศาสตร์แนวทาง การพัฒนาที่หน่วยต่างๆ กำหนดขึ้นยังหลากหลายขาดการกำหนดจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานร่วมกัน อย่างเป็นรูปธรรม

กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย “กลุ่มชาติพันธุ์” หมายถึง กลุ่มชนที่มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์กับสังคมไทยมาตั้งแต่อดีต มีความแตกต่างด้านต่างๆ และมีวัฒนธรรมประเพณีของตนเอง โดยเป็นกลุ่มชนที่ประชากรมีพันธะเกี่ยวข้องกัน มีลักษณะทางเชื้อชาติ วัฒนธรรมประเพณีและภาษาพูดเดียวกัน รวมตัวเป็นพหุวัฒนธรรม มุ่งมั่นในการอนุรักษ์ พัฒนาและสืบทอดฐานดินแดนของบรรพบุรุษและอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ของคนสู่คนรุ่นอนาคต นับตั้งแต่อดีตมากกว่าร้อยปีกลุ่มชาติพันธุ์มีความหลากหลายและกระจายตัวอยู่ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย โดยข้อมูลของสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดลได้ปี 2547 และข้อมูลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ปี 2555 มีกลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานกระจายอยู่ในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย จำนวน 67 จังหวัด 56 กลุ่ม มีประชากรรวมประมาณ 6,100,000 คน จำแนกพื้นที่ตาม ลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะ คือ

- 1) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หรือ “ชนชาวเขา” จำนวน 13 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ลีซู(ลีซอ) ลาหู่(มูเซอ) อาข่า(อิก้อ) ลีละ ถิ่น ขมุ จินฮ่อ ตองซุ คณะฉิ่น และปะหล่อง(ดาลาอั้ง)
- 2) กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ราบ จำนวน 38 กลุ่ม ได้แก่ มอญ ไทยลื้อ ไทยทรงดำ ไทยใหญ่ ไทยเขิน ไทยยอง ไทยหย่า ไทยยวน ภูไท ลาวครั้ง ลาวแง้ว ลาวกา ลาวตี้ ลาวเวียง แสก เซเร ปรง บรู(โซ) โห่ง โซ ทะวิง อิมปี ก่อง กุลา ซอโอจ(ซอฮั้ง) กวย(ส่วย) ญฮกรู(ชาวบน) ญ้อ โย้ย เขมรถิ่นไทย เวียดนาม(ญวน) ญอ หมี่ซอ(ปี่ซอ) ของ กระซอง มลายู กะเลิงและลาวโห่ง(ไทยดำ)
- 3) กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในทะเล หรือ “ชาวเล” จำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ มอแกน มอแกน และอูรักละโว้ย
- 4) กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในป่า จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ มลาปรี(ตองเหลือง) และซาไก(มันนิ)

วิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยมีความหลากหลายมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไปโดยสภาพ เศรษฐกิจ-สังคม ตามจารีตประเพณีเป็นการปรับตัวเข้ากับฐานทรัพยากรธรรมชาติ และสภาพภูมิสังคมที่ตั้งถิ่น ฐานอยู่โดย “กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง” หรือชนชาวเขาจะตั้งถิ่นฐานตามแนวเทือกเขาบนพื้นที่สูง ที่สลับซับซ้อน มีลักษณะเป็นสังคมเกษตร ด้วยการทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์และพึ่งพิงอาศัยป่าและสายน้ำใน ลำห้วยเป็นวิถีชีวิตที่พึ่งพิงธรรมชาติและอาศัยผลผลิตจากป่าเป็นหลัก “กลุ่มชาติพันธุ์ตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่ราบ” ส่วนใหญ่มีวิถีการดำรงชีวิตที่กลมกลืนกับคนไทยทั่วไปโดยมี อาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ แต่ยังพึ่งพิงใช้ประโยชน์จากป่าโดยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปสู่ สังคมเมืองมากขึ้นแต่

ยังคงอัตลักษณ์และวัฒนธรรมของตนเองอยู่ สำหรับ “กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานตาม หมู่เกาะหรือชายฝั่งทะเล” ดำรงชีวิตอยู่ทั้งบนบกและในทะเล ประกอบอาชีพประมงเป็นหลัก เรียกว่า ชาวเล นอกจากนี้ยังมีกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มเล็ก ๆ ดำรงชีวิตด้วยการล่าสัตว์และเก็บของป่า ได้แก่ มลาบริ(ตองเหลือง) ทางภาคเหนือและซาไก (มันนิ) ทางภาคใต้ เป็นกลุ่มที่มีชีวิตผูกพันอยู่กับป่าอย่างใกล้ชิด ในภาพรวมวิถีชีวิตและจารีตประเพณีของกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทยประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักโดยมีความเป็นอยู่ที่เกี่ยวพันและพึ่งพิงป่า ทรัพยากรธรรมชาติจึงมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของพวกเขา ชนชาติพันธุ์กลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีโครงสร้างทางสังคมที่หลากหลายมีวัฒนธรรมประเพณีและภาษาของตน

มีความเชื่อตามศาสนาสากลทั้งพุทธ คริสต์ และอิสลาม และยังยึดถือความเชื่อตามประเพณีโดยมีการประกอบ พิธีกรรมต่างๆ ทั้งพิธีกรรมที่เกี่ยวกับชีวิตสุขภาพอนามัยและการทำมาหากินที่อาศัยธรรมชาติ นอกจากนี้กลุ่ม ชาติพันธุ์จะมีลักษณะพิเศษ คือ มีความสามารถในทางศิลปหัตถกรรมและงานช่างฝีมือ โดยเฉพาะการทอผ้า เย็บผ้า เย็บปักประดิษฐ์และการตีเหล็ก ซึ่งมีลักษณะเด่นที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ของตน ด้วยเหตุนี้แต่ละกลุ่มจึงมีเครื่องแต่งกายประจำเผ่าของตนเองที่มีรูปแบบสีสันที่สวยงาม มีเครื่องประดับ อันแสดงอัตลักษณ์เฉพาะตัว มีศิลปะการแสดงต่างๆ เป็นอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่มทั้งการร้อง-รำ และดนตรี ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นทุนทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่า

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง หมายถึงบุคคลหรือกลุ่มชาติพันธุ์ชาวเขาที่พักอาศัยและดำรงชีพอยู่ในพื้นที่สูง หรือเรียกว่า “ชนชาวเขา” ประกอบด้วย 13 กลุ่ม ได้แก่ กะเหรี่ยง ม้ง(แม้ว) เย้า(เมี่ยน) ลีซู(ลีซอ) ลาหู่(มุเซอ) อาข่า(อิก้อ) ลัวะ ถิ่น ขมุ จินฮ่อ ตองซุ คณะฉิ่น และปะหล่อง(ดาลาอั้ง) จังหวัดที่มีกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 20 จังหวัดได้แก่

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำแนกรายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จังหวัด
เขตสุขภาพที่ 1	1. จังหวัดเชียงราย
	2. จังหวัดแม่ฮ่องสอน
	3. จังหวัดเชียงใหม่
	4. จังหวัดพะเยา
	5. จังหวัดลำปาง
	6. จังหวัดลำพูน
	7. จังหวัดน่าน
	8. จังหวัดแพร่
เขตสุขภาพที่ 2	1. จังหวัดตาก
	2. จังหวัดสุโขทัย
	3. จังหวัดพิษณุโลก
	4. จังหวัดเพชรบูรณ์

เขตสุขภาพ	จังหวัด
เขตสุขภาพที่ 3	1. จังหวัดกำแพงเพชร
	2. จังหวัดอุทัยธานี
เขตสุขภาพที่ 5	1. จังหวัดสุพรรณบุรี
	2. จังหวัดกาญจนบุรี
	3. จังหวัดราชบุรี
	4. จังหวัดเพชรบุรี
	5. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
เขตสุขภาพที่ 8	1. จังหวัดเลย

หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้าน ยามชายแดน คือหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาเพื่อความมั่นคงในระดับพื้นที่ในเขต กองทัพภาคที่ 3 จำนวน 48 หมู่บ้าน ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (อำเภอเมือง, อำเภอปาย, อำเภอปางมะผ้า) จังหวัด เชียงใหม่ (อำเภอเชียงดาว, อำเภอเวียงแหง) และจังหวัดตาก (อำเภออุ้มผาง)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
แม่ฮ่องสอน	ปางมะผ้า	นาปู่ป้อม	- บ้านปางตอง - บ้านปางบอน - บ้านอาใจ (บ้านยามฯ) - บ้านปงยาม - บ้านดอยคู - บ้านไทรงนา - บ้านซอแบะ - บ้านโห่งหลวง - บ้านป่าไหล - บ้านปางคอง (บ้านยามฯ)

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
		ปางมะผ้า	- บ้านปางคามน้อย - บ้านน้ำจาง - บ้านยาป่าแหน - บ้านผาแดง - บ้านไม้ลั่น - บ้านห้วยเฮี้ยะ - บ้านผาเผือก
		ถ้ำลอด	- บ้านแสนคำลือ - บ้านแอโก้ - บ้านห้วยแห้ง - บ้านห้วยกลาง - บ้านแอลา
	ปาย	แม่नाเติง	- บ้านผีลู - บ้านโนนของ - บ้านน้ำปلامุง
		เวียงเหนือ	- บ้านเมืองน้อย - บ้านปายสองแ่ง - บ้านหัวปาย - บ้านดอยผักกูด (บ้านยามาฯ) - บ้านห้วยหก - บ้านป่าซาง - บ้านกิวหน่อ - บ้านห้วยเฮี้ยะ
	เมือง	ผาบ่อง	- บ้านแม่ส่วยอู (บ้านยามาฯ)
เชียงใหม่	เวียงแหง	เปียงหลวง	- บ้านหลักแตง - บ้านห้วยไคร้ - บ้านแปกแซม - บ้านหินแตว - บ้านเปียงหลวง
		เมืองแหง	- บ้านนามน

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน
	เชียงดาว		- บ้านเมืองนะ - บ้านแกน้อย - บ้านห้วยลึก - บ้านไชยา - บ้านอรุโณทัย - บ้านหนองเขียว - บ้านเจ็ยจันทร์
ตาก	อุ้มผาง	แม่จัน	- บ้านมะโอโตะ (บ้านยามา)

ปัญหาสาธารณสุขในกลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง และบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติ ต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนและสวัสดิภาพในการดำรงชีวิตมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนที่จะเกิดโรคระบาด กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมืองต้องเผชิญกับปัญหาด้านสิทธิในถิ่นที่เกิดและที่ทำกิน รวมถึงปัญหาด้านการเข้าถึงสวัสดิการและการพัฒนาในนโยบายของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเข้าถึงสาธารณสุขไปรษณีย์ขั้นพื้นฐานและการเข้าถึงการศึกษา ซึ่งส่งผลที่ตามมา คือ กำแพงทางภาษาและการประกอบอาชีพ อาทิ กรณีที่พระราชบัญญัติอุทยานแห่งชาติและพระราชบัญญัติป่าไม้ ไม่อนุญาตให้ชาวบ้านเข้าไปใช้พื้นที่ป่าไม้เพื่อประกอบอาชีพ และกรณีการจับกุมและดำเนินคดีต่อกลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมืองที่พยายามกลับสู่ถิ่นที่อยู่เดิมของตน การดำเนินการดังกล่าวของเจ้าหน้าที่นำไปสู่ปัญหาความยากลำบากในการหาเลี้ยงชีพของกลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ปัญหาความอดอยากและปัญหาสุขภาพในที่สุด อีกปัญหาหนึ่งที่ฝังรากลึกลงไป ซึ่งประจักษ์ให้เห็นได้ผ่านแนวทางการปฏิบัติของรัฐต่อชนเผ่าพื้นเมือง คือ ทัศนคติทางชาติพันธุ์ บุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติกว่า 5 แสนคนบริเวณชายแดนไทยถูกเลือกปฏิบัติและถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มคนด้อยโอกาส เกิดปัญหาด้านสิทธิและคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนเหล่านี้ ซึ่งถือเป็นปัญหาเรื้อรังที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจวบจนทุกวันนี้ สาเหตุหลักที่กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าพื้นเมือง บุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติไม่ได้รับการเยียวยานั้น มักมาจากการเข้าไม่ถึงการเยียวยาตั้งแต่แรก เนื่องด้วยกลุ่มชาติพันธุ์กว่าร้อยละ 87 ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ อันเนื่องจากการเข้าไม่ถึงรับการศึกษา ในขณะที่การลงทะเบียนรับการเยียวยาจำเป็นต้องทำผ่านแอปพลิเคชัน ซึ่งแม้จะทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเยียวยาแต่ก็มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี ตัวแทนจากชาวเลอันดามันให้ข้อมูลว่า ชาวเลหลายคนที่ถูกไล่ออกและตกงาน ไม่สามารถเข้าถึงการเยียวยาของประกันสังคมได้ และแม้จะมีการเรียกร้องต่อรัฐบาล แต่ก็ไม่ได้รับการเยียวยาที่ยั่งยืน เช่น แม้จะมีอาสาสมัครเข้ามาสอนทำการเกษตรโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ แต่ชาวเลบางกลุ่มก็ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากไม่มีพื้นที่ทำกินเป็นของตนเองการถูกทำให้เป็นคนไร้หลักประกันสุขภาพ ส่งผลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นคนยากจนและด้อยโอกาส เมื่อเจ็บป่วยมากกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จำเป็นต้องเข้าสู่หน่วยบริการของรัฐ ซึ่งต้องรักษาตามหลักมนุษยธรรม และตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 51 ได้บัญญัติไว้ชัดเจนในวรรคแรกว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่เลือกบุคคล” ทำให้หน่วยบริการของรัฐเหล่านี้ต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลในแต่ละปีเป็นจำนวนมหาศาล (ณัฏฐ์ ประภาสสุชาติ, 2559) ปัญหาใหญ่อีกอย่างหนึ่งของกลุ่มเปราะบางในการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ ไม่ใช่การไม่มีสิทธิการรักษาแต่คือระยะทางระหว่างสถานพยาบาลและที่พักอาศัยและการขาดคนดูแล ปัญหาเหล่านี้พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสถานะ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท การศึกษาของสุรยุต โอสรประสพ (2559) ระบุว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะดีใช้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นสองเท่าของ

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนและอาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและมีฐานะดีมีโอกาสในการเข้าถึงบริการและใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมากกว่า ในขณะที่ระยะทางจากบ้านพักไปโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องจ่ายเป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ อีกประการหนึ่งคือขาดคนดูแลและการสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลในการหยุดงานเพื่อพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลก็เป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจซื้อยามาทานเองแทนที่จะเลือกไปรับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลจะเข้าถึงข้อมูลด้านสิทธิทางสุขภาพมากกว่า (อุไรวรรณ รุ่งไธัญ, 2559)

นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เป็นผลกระทบมาจากวัฒนธรรมดั้งเดิมของชาวไทยบนพื้นที่สูง ที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ โดยพบว่ามียารักษาผลการศึกษาผลกระทบของฝุ่นละอองที่เกิดจากการใช้เตาแบบดั้งเดิมในครัวเรือนต่อระบบทางเดินหายใจของนักเรียนในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กอายุ 10-13 ปีพักอาศัยบนพื้นที่สูงในเขตชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ใช้เตาแบบดั้งเดิมพบว่าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเคยมีประวัติการเจ็บป่วยของระบบทางเดินหายใจร้อยละ 56.8 และเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ประกอบอาหารโดยใช้เตาแก๊สปกติมีประวัติการเจ็บป่วยของระบบทางเดินหายใจร้อยละ 40.5 เมื่อเปรียบเทียบพบว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ประกอบอาหารโดยใช้เตาแบบดั้งเดิม สรุปผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ฝุ่นละอองในครัวเรือนจากการประกอบอาหารที่ใช้เตาแบบดั้งเดิม ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจของผู้ที่สัมผัสโดยเฉพาะในเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ถึงแม้อาการเจ็บป่วยอาจไม่แสดงอาการที่รุนแรงให้เห็นได้อย่างชัดเจนแต่หากสัมผัสอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรงต่อไปในอนาคต

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญชูลี เข้มเพ็ชร (2551) ทำการศึกษาวิตถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอที่มีอายุยืนยาว เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการศึกษาย้อนหลังวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุชาวเผ่าลีซอชายที่มีอายุตั้งแต่ 68 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 76 ปีขึ้นไป ในตำบลสบป่อง อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การวิเคราะห์และตรวจสอบข้อมูลกระทำควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลภาคสนาม จากนั้นนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาจัดหมวดหมู่ ดีความ เชื่อมโยงข้อมูลและสร้างข้อสรุป ผลการศึกษาด้านวิถีชีวิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ในการอาบน้ำ สระผม แปรงฟันด้วยวิธีการใช้มือหรือผ้าขัดถูฟัน แต่กลับไม่พบปัญหาฟันผุ สามารถเคลื่อนไหวเพื่อทำกิจวัตรต่างๆ ได้คล่องแคล่ว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาซบถายในห้องส้วมแทนการซบถายในป่า กลุ่มตัวอย่างนิยมปรุงอาหารด้วยวิธีการแกงและปิ้งย่าง รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ นิยมดื่มชา วัตถุประสงค์ในการปรุงอาหารซื้อมาจากตลาดมากกว่ามาจากในท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างในอดีตส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยการทำไร่ ปัจจุบันออกกำลังกายโดยการทำงานบ้านและเดินเล่น เข้านอนตั้งแต่หัวค่ำ ตื่นนอนแต่เช้าตรู่นอนพักหลังมือเที่ยง ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดมากขึ้นจากการที่ไม่มีเงินและกลัวลูกหลานทอดทิ้ง แต่ก็มีแนวทางการลดความเครียดของตนเอง ความสัมพันธ์ในระดับครอบครัว และเครือญาติค่อนข้างแน่นแฟ้น ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยสมุนไพรและหมอผี แต่ปัจจุบันหันมานิยมการรักษาแผนปัจจุบันและหมอผี ผลการศึกษาสิ่งแวดล้อมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมและประเพณีในด้านต่างๆ ที่สำคัญอย่างเคร่งครัด เชื้อในเรื่องผีหรือวิญญาณ การเลือกพื้นที่ตั้ง

ชุมชนตามหลักความเชื่อให้มีความมั่นคงปลอดภัย อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีลักษณะอากาศที่บริสุทธิ์ ปราศจากมลภาวะ ระบบสาธารณสุขปลอดภัยไม่ค่อยดีนักแต่ก็สามารถปรับตัวได้ ในอดีตมีผู้นำตามธรรมชาติทำหน้าที่ปกครอง แต่ในปัจจุบันชุมชนมีการปกครอง 2 ลักษณะผสมผสานกัน คือผู้นำอย่างเป็นทางการและผู้นำตามธรรมชาติ

เฉลิม ไบจิว (2556) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ตำบลหอด อำเภอสอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ย 1.62 , 2.07 , 2.35 และ 2.40 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเพศชาย หญิงและจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และอายุระหว่าง 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุกับความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ และระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกับแหล่งที่มาของรายได้และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้และความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กัน

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้สำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 13,642 คน จาก 28 จังหวัดเป็นตัวแทนครอบคลุมทั้ง 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ และสำรวจระบบการให้บริการของสถานพยาบาล จำนวน 181 แห่ง ผลการศึกษามีดังนี้

1. ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติตัวได้น้อยที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 วันวันละ 15-30 นาทีเป็นประจำ (ร้อยละ 57) ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ (ร้อยละ 65) รับประทานอาหารผลไม้เป็นประจำ (ร้อยละ 66) ไม่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 83) และ ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84)

2. ปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกที่สำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 5 ประการ ได้แก่ การจัดกิจกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ (OR=1.4 95%CI: 1.1-1.9) หรือการเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน/ชุมชนเป็นประจำ (OR=2.0 95%CI: 1.6-4.6) มีและใช้สมุดคู่มือการดูแลส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ (OR=1.1 95%CI: 1.4-2.7) รวมถึงผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ (OR=1.1 95%CI: 1.4-2.3)

3. การที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การสำรวจนี้พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชาย และร้อยละ 50 ในเพศหญิง โดยปัจจัยป้องกันที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ (OR=0.895% CI: 0.7-0.9)

4. ผู้สูงอายุไทยเพียงร้อยละ 5 มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ขณะที่ส่วนใหญ่ คือร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1)

5. อย่างไรก็ตามจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยข้างต้นอาจมีจำนวนน้อยกว่านี้ หากผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองโรคเหล่านั้นได้อย่างถ้วนหน้า โดยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองโรคเบาหวานร้อยละ 13 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 และซึมเศร้า ร้อยละ 33

6. นอกเหนือจากการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองโรค คุณภาพของการคัดกรองโรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ การสำรวจนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคเบาหวานผิดปกติ ถึงร้อยละ 37 ไม่ทราบว่าตนเองอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน และผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตผิดปกติร้อยละ 43 ไม่ทราบว่าตนเองอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองผิดปกติเหล่านั้น จึงกลายเป็นผู้เสียโอกาสในการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างทันท่วงที ทั้งที่ได้รับการคัดกรองโรคแล้ว

7. การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างถ้วนหน้าและมีคุณภาพจะช่วยลดปัญหาผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานและความดัน ลดภาระของระบบสุขภาพในการดูแลโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18 มีโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานและร้อยละ 13 มีโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

8. คุณภาพการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้นทั้งนี้เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่จะได้รับการติดตาม รักษาโรค (ร้อยละ 94 ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และร้อยละ 97 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) แต่ยังมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 55 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และร้อยละ 43 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต โดยปัจจัยสัมพันธ์เชิงลบต่อการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./เมตร 2 (OR=1.2 95%CI: 1.0-1.6) มีรอบเอวมากกว่าปกติ (OR=1.2 95%CI: 1.0-1.6) เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี (OR=1.4 95%CI: 1.1-1.9) ดื่มสุรบบ้างครั้งและเป็นประจำ (OR=2.795%CI: 1.1-6.7, OR=3.1 95%CI: 1.2-8.3) นอกจากนี้ผู้มีสิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกที่ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า (OR=0.7 95%CI: 0.5-0.9) ด้านปัจจัยสัมพันธ์เชิงลบต่อการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ได้แก่ มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./เมตร 2 (OR=1.4 95%CI: 1.1-2.2) ดื่มสุร่าเป็นประจำ (OR=3.5 95%CI: 1.3-12.9) นอกจากนี้ พบว่า ภาคใต้ ผู้มีสิทธิ์สวัสดิการข้าราชการ มีและใช้สมุดคู่มือฯ และเป็นโรคความดัน

โลหิตสูงระยะเวลา 1-2 ปีและ 3-4 ปี เป็นปัจจัยสัมพันธ์เชิงบวกในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (OR= 0.6 95% CI: 0.4-0.9, OR=0.5 95%CI: 0.3-0.8, OR=0.5 95%CI:0.3-0.9, OR=0.595%CI:0.3-0.9, OR=0.6 95%CI: 0.4-0.9)

9. โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมดมีโครงสร้างที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุอย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 13 ไม่มีส่วนนั่งราบห้อยขา นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 13 ไม่ได้ปรับปรุงห้องส้วมให้มีราวจับเพื่อช่วงพยุง และไม่ปรับพื้นห้องน้ำเพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม

10. จำนวนพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงแพทย์ มีสัดส่วนบุคลากรต่อการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าบุคลากรด้านอื่นๆ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ทันตแพทย์ รวมทั้งแพทย์แผนไทย

ชนิษฐา บุรณพันศักดิ์ และจุไรรัตน์ เพ็ญวิบุตร (2557) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่พบในสามอันดับแรก ไตแก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคไข้มันในเส้นเลือด และข้อเสื่อม /เกาต์ / RA ปวดข้อ ร้อยละ 37.8, 28.0 และ 22.0 ตามลำดับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ร้อยละ 76.4 ซึ่งเป็นประเภทแว่นตา ร้อยละ 96.3 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.1 ด้านภาวะสุขภาพทางกาย จิต เศรษฐกิจและสังคมในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ พบว่า ด้านสุขภาพทางกายส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากร้อยละ 99.7 ด้านสุขภาพทางจิต ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 97.2 ด้านสุขภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีรายรับกับรายจ่ายเพียงพอ ร้อยละ 66.3 ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 66.3 ด้านสุขภาพทางสังคมส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 86.6 ได้รับภรรยาสนับสนุนจากเครื่องช่วยในเรื่องคำปรึกษาจาก อสม.และอบต./เทศบาล ร้อยละ 45.9 และ 41.5 ตามลำดับ กำลังใจจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 28.0 สิ่งของ/เงินจากบุตร ร้อยละ 16.1 และผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับมากที่สุดคือ การเข้าถึงโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ค่าเฉลี่ย 4.39

ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง (2557) ได้สำรวจภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และตาก ผลการสำรวจผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ที่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.1 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 32.7 มีว่างานร้อยละ 32.3 รายได้ส่วนใหญ่ มาจากการทำอาชีพหลัก (ทำไร่,ทำนา,ทำสวน และรับจ้าง) ร้อยละ 45 ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจะพักอาศัยกับครอบครัว ร้อยละ 95.4 มีเพียงร้อยละ 4.6 ที่อยู่คนเดียว เคยได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 73.2 จากผู้ได้รับการตรวจมีความผิดปกติมากถึงร้อยละ 60 โรคประจำตัวผู้สูงอายุที่เป็นมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตมากถึง ร้อยละ 53.4 รองลงมาคือ โรคข้อต่อ กระดูก ร้อยละ 13.7 โรคเบาหวานร้อยละ 9.8 และโรคหัวใจร้อยละ 2.5 การเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 90 และเคยเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ ตกจากที่สูง ร้อยละ 14.8 และมอเตอร์ไซด์ล้ม ร้อยละ 11.1 เมื่อทำการประเมินข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่าส่วนใหญ่ทำได้ด้วยตนเองโดยไม่มีใครช่วยเหลือ ร้อยละ 88.5 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.8 เพศหญิง ร้อยละ 48.7 ทำได้ด้วยตนเอง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในบางครั้ง ร้อยละ 10.4 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 3.7 เพศหญิง ร้อยละ 6.7 ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองร้อยละ 1.1 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 0.7 เพศหญิง ร้อยละ 0.4

อุมาพร เคนสีลา นิตยากร ลุนพรหม และมานพ คณะโต (2558) ทำการศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ชาวเขาเผ่าปกากะญอ : กรณีศึกษาบ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ชาวเขาเผ่าปกากะญอ เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีระบบภูมิปัญญาที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองรวมถึงการดูแลสุขภาพภายในครอบครัวโดยใช้วิธีการผสมผสานภูมิปัญญาและความเชื่อที่สืบทอดต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ บ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ วิธีการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ที่มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี และมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าประเด็นของการดูแลผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมการพึ่งพิงของชาวเขาเผ่าปกากะญอ บทบาทของผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งวัฒนธรรมการพึ่งพิงของชาวเขาเผ่าปกากะญอ ในชุมชนบ้านแม่หลุชาวบ้านในชุมชนมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ซึ่งส่วนใหญ่ลูกหลานจะเป็นผู้ดูแลหลัก และคนในชุมชนก็ช่วยกันช่วยกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สรุปการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจวิถีชีวิต ทักษะคติ ความเชื่อและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ซึ่งวัฒนธรรมการพึ่งพิงนั้นส่วนมากจะพึ่งตัวเองเป็นอันดับแรก และนอกจากนี้ลูกหลานในครอบครัวยังดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ซึ่งทุกคนในครอบครัวรักเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ดูแลซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี และคนในชุมชนต่างพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันด้วยความเต็มใจ

พิรสันต์ ปั่นก้อน (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 สถานะสุขภาพแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 2) กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างเรื่องและต้องการพึ่งพาผู้อื่นบางเรื่องจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ผู้สูงอายุส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 213 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 โรคเบาหวานจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวลำบากจากข้อเข่าเสื่อม จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และปัญหาด้านจิตใจพบว่า ปัญหาการนอนหลับไม่สนิท จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 ด้านความต้องการในการดูแลสุขภาพด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความต้องการ การตรวจสุขภาพ การเพิ่มเบี้ยยังชีพ การดูแลจากลูกหลานสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน และการได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จำนวน 408 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย และการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้วย สถิติพรรณนา ส่วนข้อมูลนำมา วิเคราะห์โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.10) และมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 75.7 มีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (-85.47, S.D.= 11.63) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อลดลง ลงทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ร่วมกับประสาทสัมผัสต่างๆ ทำงานลดลง เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ด้านจิตใจพบระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยพบว่าเมื่อสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในทางเสื่อมถอย ทำให้ความสามารถในการจำเรื่องราวใหม่ๆ ลดลงตามไปด้วย รวมถึงการมีโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวลกลัวการเป็นภาระแก่ลูกหลาน ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลางวัยผู้สูงอายุจะรู้สึกมีความสุข เมื่อได้ทำกิจกรรมเดิมๆ แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ภาระหน้าที่ต่างๆ จะน้อยลง ทำให้สัมพันธภาพทางสังคมลดลงตามไปด้วย และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ผู้สูงอายุชาติพันธุ์ไม่เคยย้ายถิ่นฐาน และอาศัยอยู่ในชุมชนนี้ตั้งแต่เกิด โดยอาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียวติดดินห้องน้ำแยกออกจากตัวบ้าน ทำให้รู้สึกไม่สะดวกเมื่อต้องเข้าห้องน้ำในเวลากลางคืน โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

พุทธิพร พิธานธนานุกูล (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้องอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้าน 1) สุขภาพกายพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีพื้นที่ใช้งานมากกว่า 20 ซี่ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับที่รับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพเท่ากับบุคคลวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 12.6 ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับ การมองเห็น การเคลื่อนไหว และปัญหาการกลืนปัสสาวะได้ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงน้อย รวมทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิงสุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาว มีผู้ดูแลหลักคือบุตร แหล่งช่วยเหลือทางการเงินส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตรสามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย และไม่มี ความกังวลเรื่องเงิน แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อกังวลใจ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และการจัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในมิติต่างๆ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2561) ได้สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ผลการสำรวจพบว่า (1) มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ เป็นชาย ร้อยละ 15.4 และหญิง ร้อยละ 18 แบ่งกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ เป็น 3 ช่วงวัย คือ วัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ร้อยละ 57.4 วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 29.0 และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.6 เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขต การปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 41.2 และนอก

เขตเทศบาล ร้อยละ 58.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.6 รองลงมา คือภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ (ร้อยละ 25.8 21.2 และ 11.8 ตามลำดับ) สำหรับกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุน้อยที่สุด ร้อยละ 9.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) เป็นผู้ที่สมรส ในจำนวนนี้ ร้อยละ 60.0 เป็นผู้ที่มิคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือนมีเพียงร้อยละ 2.9 ที่คู่สมรสไม่ได้อยู่ด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพ มีร้อยละ 32.4 ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโสด มีร้อยละ 4.7 ระดับการศึกษาที่สำเร็จ และการอ่านออกเขียนได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.6 จบการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า มีเพียงร้อยละ 13.9 ที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือไม่เคยเรียน มีร้อยละ 9.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.7 เป็นผู้อ่านออกเขียนได้ ส่วนผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ หรือเป็นผู้ที่ไม่รู้หนังสือ มีร้อยละ 16.3 (2) ลักษณะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 35.1 ยังคงทำงานอยู่โดยมีแหล่งรายได้หลักร้อยละ 34.7 คือรายได้จากบุตร รองลงมา คือรายได้ จากการทำงาน ร้อยละ 31.0 เบี้ยยังชีพจากทางราชการ ร้อยละ 20.0 เงินบำเหน็จ/บำนาญ ร้อยละ 5.9 คู่สมรส ร้อยละ 4.6 (3) ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 43.2 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง รองลงมา มีสุขภาพดี ร้อยละ 39.3 มีสุขภาพดีมาก ร้อยละ 2.4 ส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่มีและไม่ดีมาก ๆ เพียงร้อยละ 13.5 และ 1.6 ตามลำดับ ด้านความสามารถในการมองเห็น พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.4 สามารถมองเห็นได้ชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 33.1 มองเห็นได้ชัดเจนแต่ต้องใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 15.2 มองเห็นไม่ชัดเจน และมองเห็นไม่ชัดเลยมีเพียงร้อยละ 0.3 ด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.6 ได้ยินเสียงชัดเจนโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง รองลงมาได้ยินไม่ชัดเจน และได้ยินชัดเจนแต่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 12.7 และ 24 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 0.3 เป็นผู้ไม่ได้ยินเสียงเลย ความสามารถในการกลืนปัสสาวะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 82 กลืนปัสสาวะได้ ร้อยละ 13.5 กลืนไม่ได้ บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และร้อยละ 4.2 กลืนปัสสาวะไม่ได้ หรือต้องการสวนปัสสาวะอยู่เสมอ สำหรับความสามารถในการกลืนอุจจาระ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86.5 ยังสามารถกลืนได้ ร้อยละ 9.7 กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) และร้อยละ 3.8 กลืนไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ การใส่ฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุใส่ฟันปลอม ร้อยละ 22.8 การหกล้ม พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 6.6 เคยหกล้มในระหว่าง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์เมื่อพิจารณาความถี่หรือจำนวนครั้งที่หกล้มพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.7 เคยหกล้ม 1 ครั้งมากกว่า 3 ครั้ง ขึ้นไป ร้อยละ 23.9 และ 6.4 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการหกล้ม พบว่าลื่นมากที่สุด ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือสะดุด ร้อยละ 36.6 เกิดอาการหน้ามี/เวียน ร้อยละ 9.3 มีสาเหตุมาจากพื้นต่างระดับ ร้อยละ 8.7 มองเห็นไม่ชัด/แสงสว่างไม่พอ ร้อยละ 2.6 หกล้มเนื่องจากตกบันได มีร้อยละ 1.1 และจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาอ่อนแรง ตกจากเตียงนอน แก้ว หรือต้นไม้ ฯลฯ ร้อยละ 2.7 โดยสถานที่หกล้มครั้งสุดท้าย พบว่าหกล้มภายในบ้านมากที่สุด ร้อยละ 36.8 รองลงมาบริเวณตัวบ้าน และนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 32.4 และ 30.8 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 26.5 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 67.7 การกินผักผลไม้เป็นประจำ และร้อยละ 59.8 การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่าเป็นประจำ ผู้สูงอายุร้อยละ 7.3 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 2.3 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ (4) การดูปรนนิบัติ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 56.2 มีผู้ดูปรนนิบัติการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อพิจารณาการ

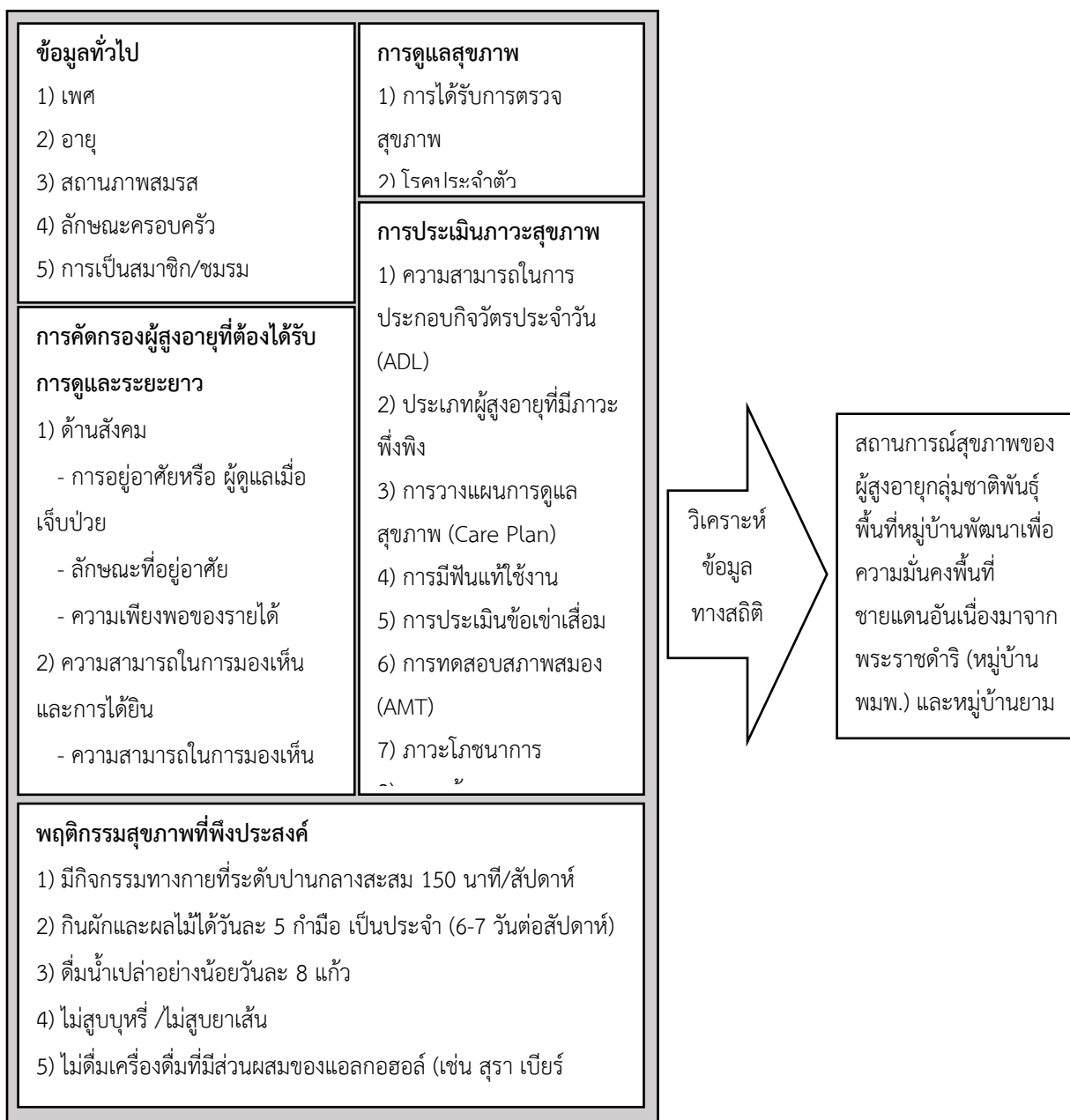
เงื่อนไขทางการเงินที่ผู้สูงอายุ ได้รับจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนสูงกว่า บุตรในครัวเรือน (ร้อยละ 79.1 และ 64.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 1,000 จากบุตรในครัวเรือนเดียวกัน นอกครัวเรือน ร้อย ละ 33.8 และได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร เกินกว่าร้อยละ 90 (5) ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุพบว่า มี ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 10.8 และอาศัยอยู่กับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน มีร้อยละ 89.2 เมื่อพิจารณาถึง การเป็นเจ้าของบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.0 เป็นเจ้าของผู้สูงอายุเองและหรือคู่สมรส (6) การมีส่วนร่วมในสังคม การรับรู้ข่าวสาร ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.7

ศรียรรณ ทาวงศ์มา และสิริภา ภาคชนะภา (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพ พระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่ม เดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป บ้านเมื่อน้อย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 70 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 และได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่า กะเหรี่ยงที่พัฒนาโดยผู้วิจัยพัฒนาจากสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง แนวทางในการ เสริมสร้างสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parso ons และปัจจัยของการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก่อนและ หลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ใช้ Paired Sample t-test ผลการศึกษา ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการทดลอง ใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (2) คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง ที่สร้างขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่า กะเหรี่ยงในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างได้

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช (2562) ปัญหาด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า ร่างกายของผู้สูงอายุมีความแข็งแรงลดลง อ่อนเพลียง่าย ภูมิคุ้มกันลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคระบบกล้ามเนื้อ โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรค เก๊าท์ โรคมะเร็ง รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง เช่น ต้อกระจก ชาตามปลายมือปลายเท้า และมีปัญหาการรับยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดผู้ดูแล สาเหตุการเกิดโรคในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) การเสื่อมตามอายุ 2) สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น สารเคมีในอาหาร และ 3) พฤติกรรมการ รับประทานอาหารไม่เหมาะสมเนื่องจากการขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังมี ผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ในภาวะติดเตียง ขาดผู้ดูแล และผู้ดูแลยังเป็นเด็กไม่มีประสบการณ์ดูแล

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ดังนี้



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้านพมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน จำนวน 2,059 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้านพมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดนจำนวน 227 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างแบบทราบบจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน จำนวน 2,059 คน (แหล่งข้อมูลจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฮ่องสอน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางมะผ้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแหง, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก, 2563)

จากนั้นจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์หรือการประมาณจากจำนวนประชากร (บุญชม ศรีสะอาด, 2535: 38) โดยได้กำหนดเกณฑ์การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 10% จากจำนวนประชากร จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 206 คน คำนวณหาสัดส่วนแยกเป็นรายอำเภอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นรายอำเภอ

จังหวัด	อำเภอ	กลุ่มประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
เชียงใหม่	เชียงดาว	594	59
	เวียงแหง	349	35
	รวม	943	94
แม่ฮ่องสอน	ปางมะผ้า	628	63
	ปาย	332	33
	เมือง	77	8
รวม		1,037	104
ตาก	อุ้มผาง	78	8
รวม		78	8
รวมทุกจังหวัด		2,059	206

และเพื่อลดอัตราการตอบแบบสอบถามไม่ครบจำนวน ผู้วิจัยจึงทำการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10 % ของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คิดเป็น 21 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงคิดเป็น 227 คน
 คำนวณหาสัดส่วนแยกเป็นรายอำเภอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แยกเป็นรายอำเภอ

จังหวัด	อำเภอ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 %
เชียงใหม่	เชียงดาว	59	65
	เวียงแหง	35	38
	รวม	94	103
แม่ฮ่องสอน	ปางมะผ้า	63	70
	ปาย	33	36
	เมือง	8	9
	รวม	104	115
ตาก	อุ้มผาง	8	9
	รวม	8	9
รวมทุกจังหวัด		206	227

การสุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลโดยเลือกการสุ่มตัวอย่างวิธีแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) เพื่อให้ได้จำนวนตามต้องการในแต่ละพื้นที่ (ตามตารางที่ 5) รวมจำนวนทั้งสิ้น 227 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า Inclusion criteria

1. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดนมาเป็นเวลาอย่างน้อย 10 ปี
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการ
3. สื่อสารภาษาไทยได้ในระดับพอใช้

เกณฑ์คัดออก Exclusion criteria

1. กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจออกจากโครงการ
2. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดของโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูล ได้ใช้แบบสอบถามกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) รายละเอียดประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 6 หัวข้อ ดังนี้

- 1) เพศ
- 2) อายุ
- 3) สถานภาพสมรส
- 4) ลักษณะครอบครัว
- 5) การเป็นสมาชิก/ชมรม
- 6) ผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 หัวข้อ ดังนี้

- 1) การได้รับการตรวจสุขภาพ
- 2) โรคประจำตัวและการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ
- 3) พฤติกรรมการแปร่งฟัน

ส่วนที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 9 หัวข้อ ดังนี้

- 1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)
- 2) ประสิทธิภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3) การวางแผนการดูแลสุขภาพ (Care Plan)
- 4) การมีพื้นที่ใช้งาน
- 5) การประเมินข้อเท้าเสื่อม
- 6) การทดสอบสภาพสมอง (AMT)
- 7) ภาวะโภชนาการ
- 8) ภาวะอ้วนลงพุง
- 9) ประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย 5 หัวข้อ ดังนี้

- 1) ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที
การแปลผล
เป็นประจำ = ผ่าน
บางครั้ง, ไม่เคย = ไม่ผ่าน
- 2) กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์)
การแปลผล
เป็นประจำ = ผ่าน
บางครั้ง, ไม่เคย = ไม่ผ่าน

3) ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

การแปลผล

เป็นประจำ = ผ่าน

บางครั้ง, ไม่เคย = ไม่ผ่าน

4) สูบบุหรี่ / ยาเส้น

การแปลผล

สูบเป็นประจำ, สูบบางครั้ง = ไม่ผ่าน

ไม่สูบหรือเลิกสูบแล้ว = ผ่าน

5) ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดอกเหล้า)

การแปลผล

เป็นประจำ, บางครั้ง = ไม่ผ่าน

ไม่เคย = ผ่าน

ส่วนที่ 5 การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและระยะยาวประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้

1) ด้านสังคม

- การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
- ลักษณะที่อยู่อาศัย
- ความเพียงพอของรายได้

2) ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน

- ความสามารถในการมองเห็น
- ความสามารถในการได้ยิน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสำรวจข้อมูลประกอบด้วย การสอบถามแบบพบหน้า ผู้สอบถามจะดำเนินการตามขั้นตอนการชี้แจงและขอความยินยอมจากผู้สอบถามและให้คำแนะนำตามเอกสารคำแนะนำแจ้งข้อมูลแก่ผู้ถูกสอบถาม หรือผู้ให้ความยินยอมจนเป็นที่เข้าใจและยินยอมให้สอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะได้ปฏิบัติดังนี้ ให้ข้อมูลตามแบบสอบถามซึ่งมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้สื่อสาร ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ในการสอบถามข้อมูล โดยแบบสอบถามข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมทุกกลุ่มวัยในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับผิดชอบดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้รับผิดชอบประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ในการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล

2. ผู้รับผิดชอบชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กับทีมผู้สอบถามข้อมูลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน

3. ผู้สอบถามข้อมูล และทีมแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ประชากรทุกกลุ่มวัยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน

4. ผู้สอบถามข้อมูลดำเนินการเก็บข้อมูล

- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูลพร้อมชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์

- ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง

กรณี

- กลุ่มตัวอย่างอ่านเขียนภาษาไทยได้ ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

- กลุ่มตัวอย่างอ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ ให้ล่ามเป็นผู้แปลและอ่านแบบสอบถามให้ฟังและ

กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบด้วยตนเอง

- กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาโดยประมาณรายละเอียด 20 นาที

- เก็บแบบสอบถาม หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

5. ผู้รับผิดชอบตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

6. นำข้อมูลที่ได้นำมารวบรวมแล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ตุลาคม 2563 – กันยายน 2564

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

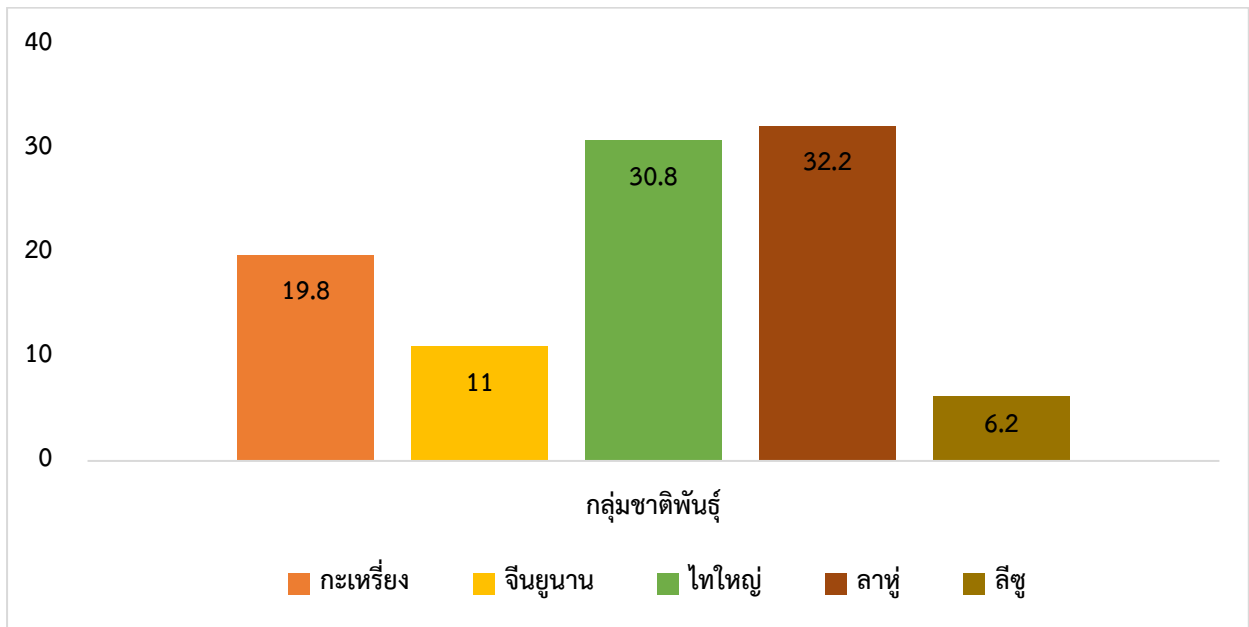
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ
5. การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน โดยผลการสำรวจผู้สูงอายุ (อายุ 60 ขึ้นไป) พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้านพมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1.1 กลุ่มชาติพันธุ์

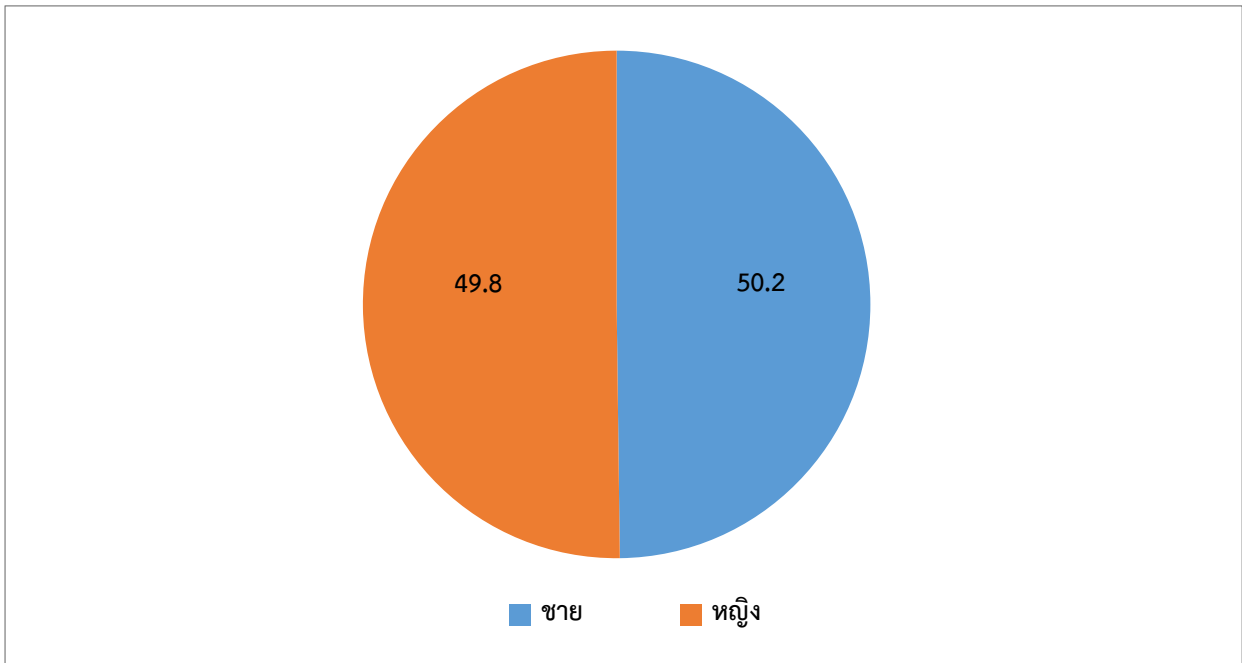
แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์



กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ล่าหู่(มุเซอ) (ร้อยละ 32.2) รองลงมาได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ (ร้อยละ 30.8) และกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ร้อยละ 19.8) ตามลำดับ

1.2 เพศ

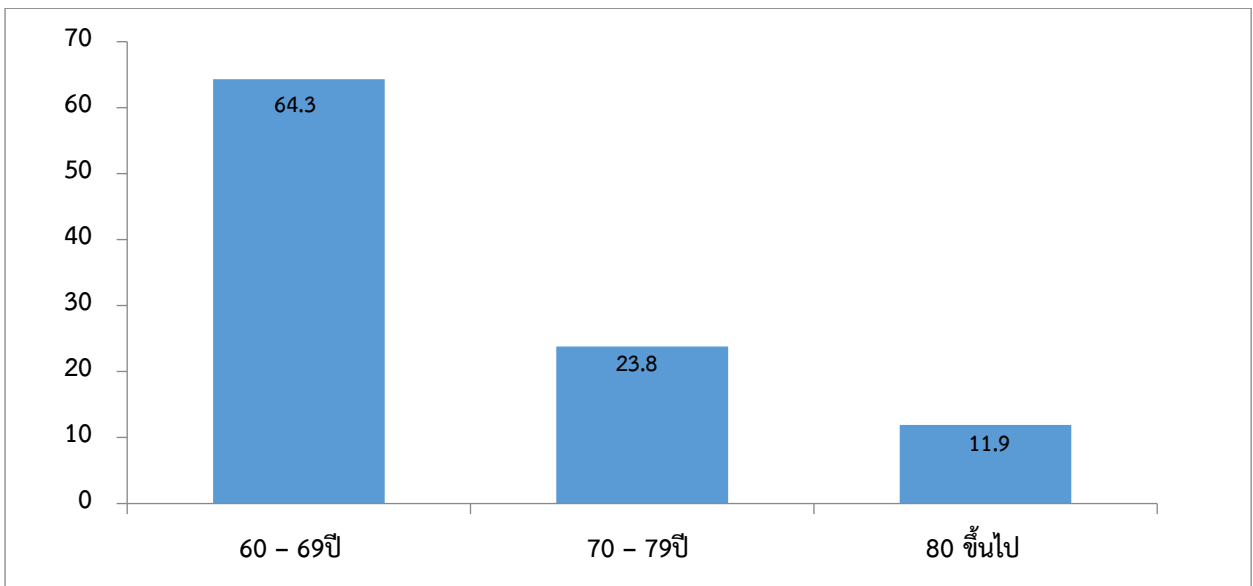
แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ



กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.2) และเพศหญิง (ร้อยละ 49.8)

1.3 อายุ

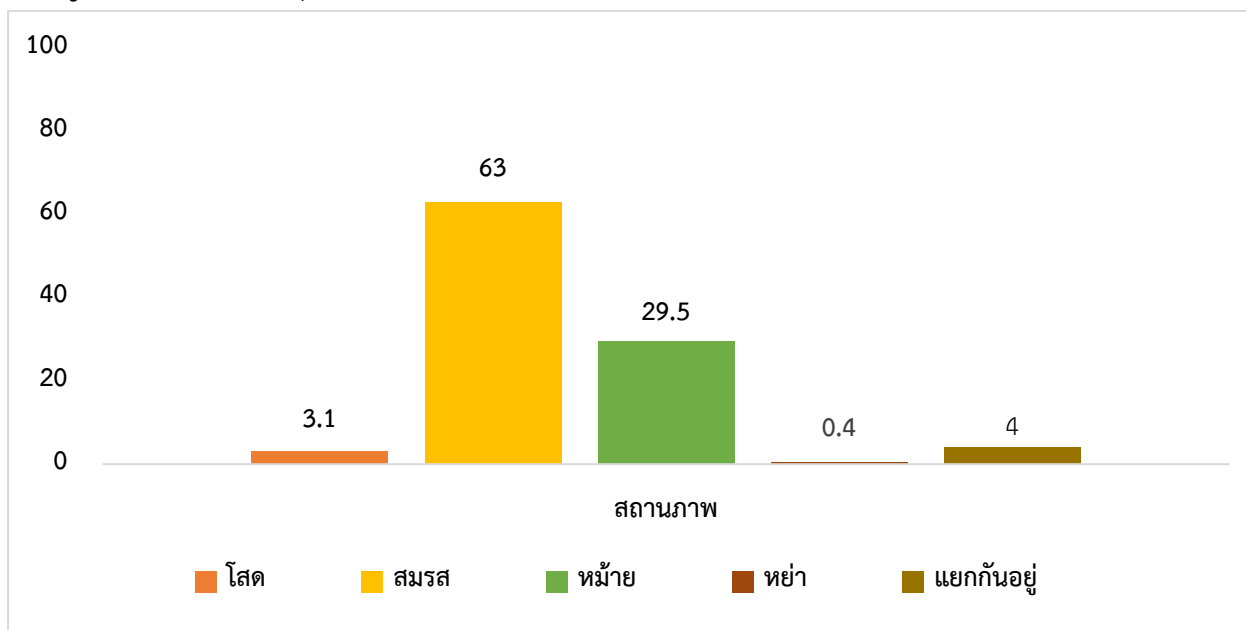
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ



กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 69.05 ปี อยู่ในช่วง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 64.3) ช่วงอายุ 70 - 79 ปี (ร้อยละ 23.8) และช่วงอายุ 80 ขึ้นไป (ร้อยละ 11.9)

1.4 สถานภาพสมรส

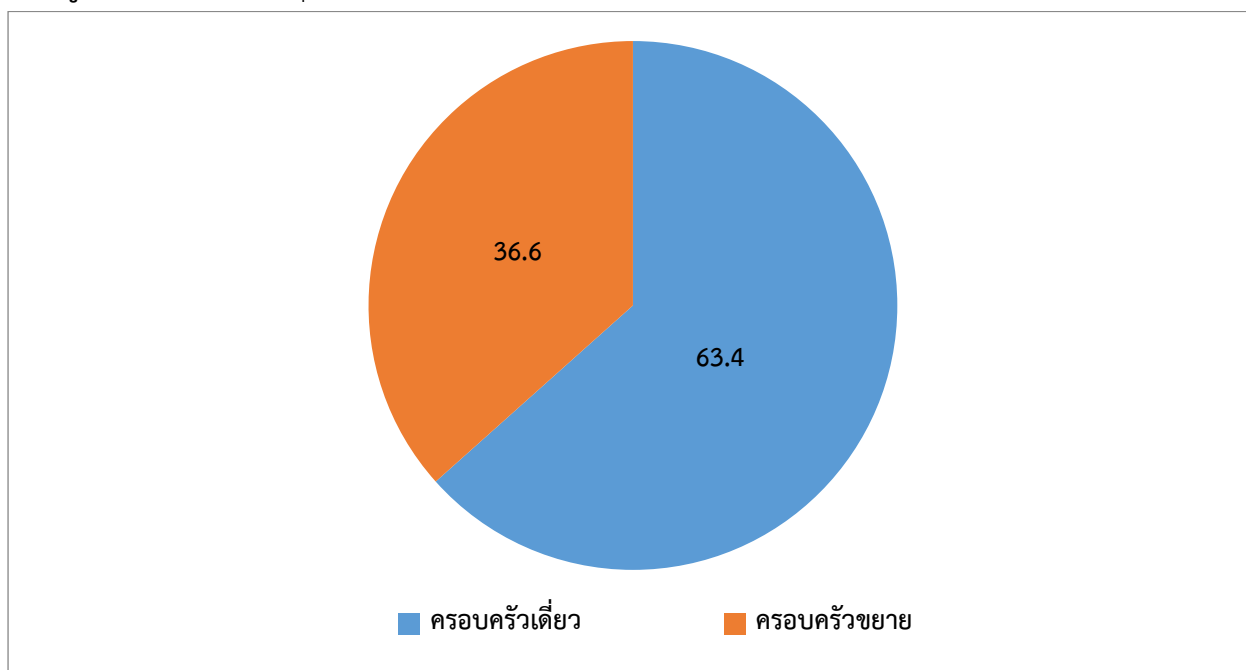
แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพสมรส



กลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63) รองลงมาได้แก่ สถานภาพหย่า (ร้อยละ 29.5) และ สถานภาพแยกกันอยู่ (ร้อยละ 4) ตามลำดับ

1.5 ลักษณะครอบครัว

แผนภูมิที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะครอบครัว



ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง อาศัยในครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 63.4) และลักษณะครอบครัวขยาย (ร้อยละ 36.6)

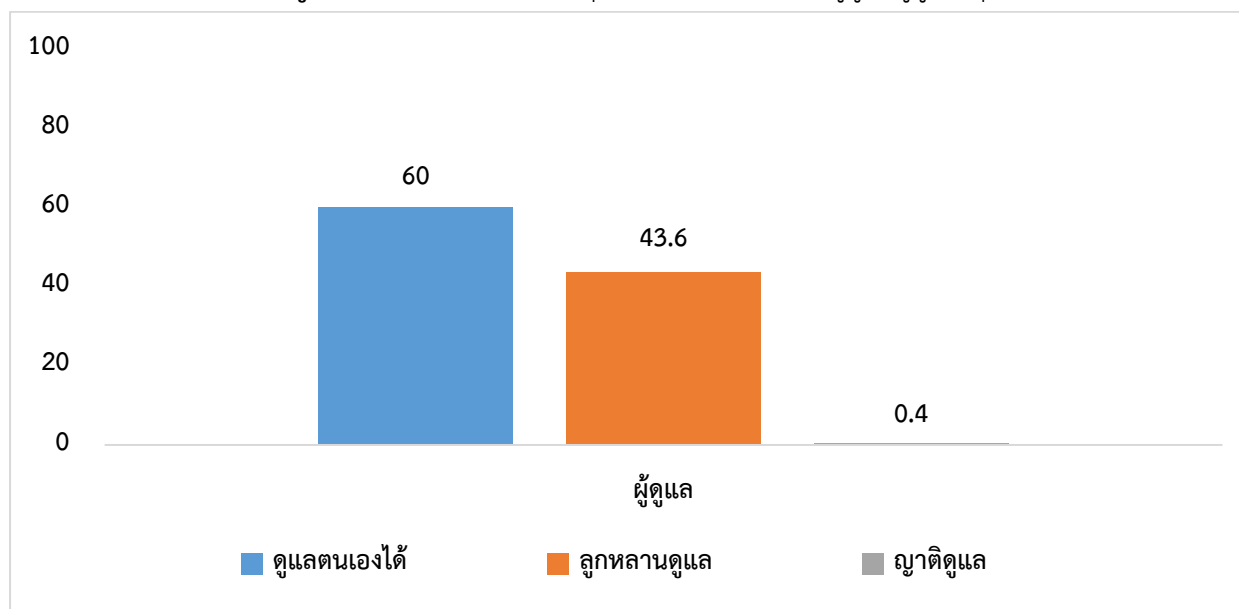
1.6 การเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม
 ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม

การเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
การเป็นสมาชิก/ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม		
ไม่ได้เป็นสมาชิก	168	74.0
กลุ่มการเงิน	22	9.7
กลุ่มออกกำลังกาย	7	3.1
กลุ่มอาชีพ	3	1.3
กลุ่มดนตรี	1	0.4
กลุ่มปฏิบัติธรรม	26	11.5

กลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้เป็นสมาชิก /ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม (ร้อยละ 74.0) รองลงมาได้แก่ กลุ่มปฏิบัติธรรม (ร้อยละ 11.5) และกลุ่มการเงิน (ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ

1.7 ผู้ดูแล

แผนภูมิที่ 6 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ดูแลผู้สูงอายุ



การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ (ร้อยละ 60) รองลงมาได้แก่ลูกหลานดูแล (ร้อยละ 43.6) และญาติดูแล (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับ

2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลสุขภาพในแต่ละด้าน

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่ได้ตรวจ	69	30.4
ตรวจ	158	69.6
โรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
มี	115	50.7
ไม่มี	112	49.3
ประเภทโรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	95	72.5
เบาหวาน	24	18.3
โรคกระดูกและข้อเสื่อม	5	3.8
ไขมันในเส้นเลือด	4	3.1
กระดูกพรุน	2	1.5
โรคหัวใจ	1	0.7
การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ		
พบแพทย์ตามนัด	106	92.2
รักษาโดยวิธีแพทย์แผนไทย	4	3.5
ซื้อยากินเอง	4	3.5
รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน	1	0.9
พฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน		
แปรงฟันก่อนนอน	93	41.0
ไม่แปรงฟันก่อนนอน	134	59.0

กลุ่มตัวอย่าง ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 69.6) ได้วินิจฉัยโรคประจำตัวโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 50.7) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.3) โรคกระดูกและข้อเสื่อม (ร้อยละ 3.8) การดูแลตนเองของผู้กลุ่มตัวอย่าง ไปพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 92.2) รักษาโดยวิธีแพทย์แผนไทยและซื้อยากินเอง (ร้อยละ 3.5) และแปรงฟันก่อนนอน (ร้อยละ 41)

3. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละการประเมินภาวะสุขภาพจำแนกตามผลการประเมินแต่ละด้าน

การประเมินภาวะสุขภาพ	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	166	73.1
กลุ่มติดบ้าน (5 - 11 คะแนน)	61	26.9
ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายแต่ ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง	196	86.3
กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่ม 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง	29	12.8
กลุ่ม 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกินหรือการ ขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง	2	0.9
การดูแลสุขภาพอายุรายบุคคล (Care Plan)		
ไม่มี	182	80.2
มี	45	19.8
การประเมินข้อเข่าเสื่อม		
เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง	8	3.5
มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง	75	33.0
เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม	60	26.5
ยังไม่พบอาการผิดปกติ	84	37.0
แบบทดสอบสมอง (AMT)		
การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป)	162	71.4
การรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ)	65	28.6
ภาวะโภชนาการ		
ผอม	41	18.1
ปกติ	116	51.1
น้ำหนักเกิน	42	18.5
โรคอ้วน	25	11.0
โรคอ้วนอันตราย	3	1.3
ภาวะอ้วนลงพุง		
เกิน	57	25.1
ไม่เกิน (รอบเอวชาย < 90, หญิง < 80 ซม)	170	74.9

การประเมินภาวะสุขภาพ	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ปกติ	215	94.7
เสี่ยง	12	5.3
ด้านทันตกรรม		
ฟันแท้ใช้งานมากกว่า 20 ซี่	127	55.9
ฟันแท้ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่	100	44.1

การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) แยกเป็น กลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 73.1) กลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 26.9) ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบมากในกลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง (ร้อยละ 86.3) การดูแลสุขภาพอายุรายบุคคล (Care Plan) ไม่มีการดูแล (ร้อยละ 80.2) การประเมินข้อเข่าเสื่อมยังไม่พบอาการผิดปกติ (ร้อยละ 37.0) และการทดสอบสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) ส่วนใหญ่มีการรู้คิดปกติ (ร้อยละ 71.4) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 51.1) ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวชาย < 90, หญิง < 80 ซม) (ร้อยละ 74.9) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 94.7) และมีฟันแท้ใช้งานมากกว่า 20 ซี่ (ร้อยละ 55.9)

4. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จำแนกตามพฤติกรรมแต่ละด้าน

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15 - 30 นาที		
ไม่เคย	115	50.7
บางครั้ง (น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์)	91	40
เป็นประจำ (3 - 7 วันต่อสัปดาห์)	21	9.3
2. รับประทานผัก ผลไม้ต่อสัปดาห์		
ไม่เคย (1 - 2 วัน)	19	8.3
บางครั้ง (3 - 5 วัน)	145	63.9
เป็นประจำ (ทุกวัน)	63	27.8
3. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
ไม่เคย	13	5.7
บางครั้ง	157	69.2
เป็นประจำ	57	25.1

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
4. สุกดิบหรือสุบยาเส้น		
ไม่เคย	173	76.2
บางครั้ง	32	14.1
เป็นประจำ	22	9.7
5. ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า		
ไม่เคย	163	71.8
บางครั้ง	59	26.0
เป็นประจำ	5	2.2
สรุปผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์		
ผ่าน (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ)	19	8.4
ไม่ผ่าน (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป)	208	91.6

กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 50.7) รับประทานผัก ผลไม้เป็นบางครั้ง (3 - 5 วัน) (ร้อยละ 63.9) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เป็นบางครั้ง (ร้อยละ 69.2) ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างไม่เคยสูบบุหรี่/สุบยาเส้น (ร้อยละ 76.2) และในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่นสุรา เบียร์ ยาตองเหล้า (ร้อยละ 71.8)

สรุปผลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ผ่านร้อยละ 91.6 (ผู้ที่ตอบไม่เคยหรือบางครั้ง ในพฤติกรรมที่ 1-3 และเป็นประจำหรือบางครั้งในพฤติกรรมที่ 4-5) และมีกลุ่มตัวอย่างผ่านร้อยละ 8.4 (ผู้ที่ตอบเป็นประจำในพฤติกรรมที่ 1-3 และไม่เคยพฤติกรรมในพฤติกรรมที่ 4-5)

5. การคัดกรองผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับสวัสดิการ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละการคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวจำแนกตามความต้องการด้านสวัสดิการ

การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านที่ 1 สังคม (การอยู่อาศัย ที่อยู่อาศัย รายได้)		
การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย	18	7.9
ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย	209	92.1

การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว	ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
มั่นคงแข็งแรง หรือ ไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ	216	95.2
ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ	11	4.8
ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน		
เพียงพอ	150	66.1
ไม่เพียงพอ	77	33.9
ด้านที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน		
ความสามารถในการมองเห็น		
ชัดเจน โดยไม่ต้องใส่แว่น	111	48.9
ชัดเจน แต่ต้องใส่แว่น	22	9.7
ไม่ชัดเจน แต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน	73	32.2
ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน	18	7.9
ไม่เห็นเลย	3	1.3
ความสามารถในการได้ยิน		
ชัดเจน โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง	137	60.4
ชัดเจน แต่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง	7	3.0
ไม่ชัดเจน แต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน	66	29.1
ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน	17	7.5
ไม่ชัดเลย	0	0

การคัดกรองผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับสวัสดิการ พบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 92.1) ลักษณะที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรง หรือ ไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ (ร้อยละ 95.2) ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 66.1) ความสามารถในการมองเห็นชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่น (ร้อยละ 48.9) และความสามารถในการได้ยินชัดเจนโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง (ร้อยละ 60.4)

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดนดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2564 โดยเครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดนผลการสำรวจ โดยสรุปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ (มุเซอ) (ร้อยละ 32.2) รองลงมาได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ (ร้อยละ 30.8) และกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง (ร้อยละ 19.8) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.05 ปี มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 64.3) ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 63) รองลงมาได้แก่สถานภาพหย่า (ร้อยละ 29.5) และสถานภาพแยกกันอยู่ (ร้อยละ 4) ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 63.4) และลักษณะครอบครัวขยาย (ร้อยละ 36.6) ด้านการเป็นสมาชิก /ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิก /ร่วมกิจกรรมชมรม/กลุ่ม (ร้อยละ 74.0) ส่วนด้านผู้ดูแล พบว่า ผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้ (ร้อยละ 60) รองลงมาได้แก่ลูกหลานดูแล (ร้อยละ 43.6) และญาติดูแล (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับ

2. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 69.6) ได้รับวินิจฉัยโรคประจำตัวโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 50.7) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.5) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18.3) โรคกระดูกและข้อเสื่อม (ร้อยละ 3.8) ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไปพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 92.2) รักษาโดยวิธีแพทย์แผนไทยและซื้อยากินเอง (ร้อยละ 3.5) และการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าแปรงฟันก่อนนอนเพียงร้อยละ 41

3. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ด้านการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำแนกเป็นรายกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 73.1) รองลงมา กลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 26.9) ด้านการประเมินสภาวะของผู้สูงอายุ (Typology of Aged with Illustration) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือซบถแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง (ร้อยละ 86.3) ด้านการได้รับการดูแลสุขภาพอายุรายบุคคล (Care Plan) พบว่า ไม่ได้ได้รับการดูแล (ร้อยละ 80.2) การประเมินข้อเข้าเสื่อมพบว่าส่วนใหญ่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 63.0) และการทดสอบสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) ส่วนใหญ่มีการรู้คิดปกติ (ร้อยละ 71.4) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 51.1) ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวชาย < 90, หญิง < 80 ซม) (ร้อยละ 74.9) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 94.7) และมีฟันแท้ใช้งานมากกว่า 20 ซี่ (ร้อยละ 55.9)

4. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 50.7) รับประทานผัก ผลไม้เป็นบางครั้ง (3 - 5 วัน) (ร้อยละ 63.9) ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เป็นบางครั้ง (ร้อยละ 69.2) ปัจจุบันไม่เคยสูบบุหรี่/สูบบุหรี่แล้ว (ร้อยละ 76.2) และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า (ร้อยละ 71.8) สรุปผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ผ่าน (พฤติกรรมไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป) (ร้อยละ 91.6) มีกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ผ่าน (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ) (ร้อยละ 8.4)

5. การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 92.1) ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่มีความมั่นคงแข็งแรงและมีความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ (ร้อยละ 95.2) ด้านรายได้พบว่า มีความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 66.1) ความสามารถในการมองเห็นส่วนใหญ่พบว่า มีปัญหา (ร้อยละ 51.1) และความสามารถในการได้ยินชัดเจนโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง (ร้อยละ 60.4)

อภิปรายผล

พื้นที่ในการศึกษานี้ คือ พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน เป็นพื้นที่ที่เคยมีการศึกษาวิจัยโดยศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง (2557) ในประเด็นของสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบริบท ที่อยู่อาศัย และวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน จึงได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในการศึกษานี้

ด้านการได้รับการดูแลสุขภาพ พบว่าโรคประจำตัวที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.5) สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง (2557) ที่พบโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.4) เป็นอันดับหนึ่งเช่นเดียวกัน แต่ประเด็นที่น่าสังเกตคือมีร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 19.1 ส่วนการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า ได้รับการตรวจสุขภาพเพียงร้อยละ 69.6 ซึ่งน้อยกว่าการสำรวจของศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง (2557) ที่พบว่าได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ 73.2

ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดนส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 91.6 และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 8.4 ทั้งนี้หากจำแนกดูแต่ละพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แต่ละพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ไม่เคยออกกำลังกายร้อยละ 50.7 รับประทานผักผลไม้ไม่ครบทุกวันร้อยละ 63.9 ดื่มน้ำไม่ถึงวันละ 8 แก้วร้อยละ 69.2 สูบบุหรี่/สูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 23.8 และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาตองเหล้า ร้อยละ 28.2 ทั้งนี้สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อธิบายถึงการที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน นำไปสู่การเป็นโรคเรื้อรัง (NCD) ในอนาคต

ด้านการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการศึกษา สภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอัน เนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และตาก ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง (2557) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) ลดลงกว่าปี 2557 จากร้อยละ 88.5 เป็นร้อยละ 73.1 แต่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL เท่ากับ 5 - 11 คะแนน) เพิ่มขึ้นกว่าปี 2557 จากร้อยละ 10.4 เป็นร้อยละ 26.9 และในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ADL น้อยกว่า 11 คะแนน) ในปี 2557 พบร้อยละ 1.1 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดเตียง จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ของผู้สูงอายุติดสังคมลดลง ผู้สูงอายุติดบ้านเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุจากการศึกษาของ กุลธิดา ศรีวิเชียร และคณะ (2564) กล่าวว่า ปัญหาใหญ่อีกอย่างหนึ่งของกลุ่มเปราะบางในการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ ไม่ใช่การไม่มีสิทธิ์การรักษาแต่คือระยะทาง ระหว่างสถานพยาบาลและที่พักอาศัยและการขาดคนดูแล ปัญหาเหล่านี้พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสถานะ ผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ รุติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ (2561) ซึ่งได้ทำการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบ ประสาทและกล้ามเนื้อลดลง ลงทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ร่วมกับประสาทสัมผัสต่างๆ ทำงาน ลดลง เกิดการปวดตึงกล้ามเนื้อได้ง่าย ร่วมกับระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาส เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจ สังคม การปกครองและสภาพ ภูมิอากาศ รวมทั้งการบริหารจัดการที่หลากหลายขาดความชัดเจน ปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์จึง ยังคงอยู่โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ จากการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ (2562) พบว่ามาจาก 3 สาเหตุ หลัก ได้แก่ 1) การเสื่อมตามอายุ 2) สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น สารเคมีในอาหาร และ 3) พฤติกรรม การรับประทานอาหารไม่เหมาะสมเนื่องจากการขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ในภาวะติดเตียง ขาดผู้ดูแล และผู้ดูแลยังเป็นเด็กไม่มีประสบการณ์ดูแล อันจะนำไปสู่ ภาวะพึ่งพิงในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

สรุป จากผลการวิจัยนี้และการวิจัยอื่นในบริบทของผู้สูงอายุในกลุ่มชายขอบ ชาติพันธุ์ มีความ สอดคล้องกับข้อค้นพบที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นในส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ทุรกันดาร ถือว่า เป็นกลุ่มที่ควรส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆเห็นความสำคัญมากขึ้น เพราะนอกจากปัญหาสภาพสังคมที่กล่าวมา ข้างต้นแล้วนั้น ยังมีปัญหาเรื่องของการกำหนดสถานะบุคคล การจัดตั้งถิ่นฐานถาวรและการได้รับการยอมรับ รวมทั้งยุทธศาสตร์แนวทาง การพัฒนาที่หน่วยต่างๆ กำหนดขึ้นยังหลากหลายขาดการกำหนดจุดมุ่งหมายใน การดำเนินงานร่วมกัน อย่างเป็นทางการ ซึ่งพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจาก พระราชดำริ (หมู่บ้าน พมพ.) และหมู่บ้านยามชายแดน ที่ผู้วิจัยทำการศึกษาที่เป็นถิ่นทุรกันดารอีกหนึ่งพื้นที่ ซึ่งโดยรวมยังพบหลายประเด็นที่สถานการณ์ยังไม่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงด้านสวัสดิการต่างๆ ที่ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับอย่าง เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ควรมีการดำเนินงานหรือโครงการระดับประเทศที่เฉพาะเจาะจงไปยังพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารหรือกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อยกระดับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในกลุ่มประชากรดังกล่าว ให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และเป็นการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยตามนโยบายของภาครัฐ

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล/โรงพยาบาล)

2.1.1 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิด มีทักษะในการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (ADL) และสามารถเฝ้าระวังได้

2.1.2 พัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องและความรอบรู้ ด้านสุขภาพ

2.1.3 พัฒนางองค์ความรู้ที่จำเป็นและเข้าใจง่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่ญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ

2.1.4 บูรณาการความเชื่อตามวิถีชีวิตดั้งเดิมร่วมกับหลักการทางวิชาการ เพื่อให้เห็นประโยชน์ทั้ง ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ นำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หนุนเสริมให้ทุกภาคส่วนได้มีการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงอายุในทุกช่วงวัย โดยเน้นการทำงานในแบบบูรณาการทุกภาคส่วน

2.3 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.3.1 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

2.3.2 ผลักดันให้หน่วยงานในพื้นที่ มีการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มประชากรเฉพาะในพื้นที่ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของสถานการณ์ในพื้นที่

2.4 กรมอนามัยและสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1

2.4.1 แสวงหาความร่วมมือและขับเคลื่อนกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากงาน สาธารณสุข (non-Health Sector)

2.4.2 ทบทวนและปรับแนวทาง/กลยุทธ์ขับเคลื่อนนโยบายวัยสูงอายุ ให้มีความยืดหยุ่นเหมาะสมสอดคล้องตามสภาพปัญหาในบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐาน เช่น วัฒนธรรม ศาสนา ภาษา ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์

2. การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยหรืออุปสรรคต่อการเปิดรับ เข้าถึง เข้าใจข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ ของกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

3. การสำรวจข้อมูลยังเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลทั้งด้านประชากรและด้านสุขภาพให้เป็นปัจจุบัน และเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ (2559). **แบบฟอร์มสำหรับคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ(Basic Geriatric Screening: BGS)**. สืบค้นเมื่อ 25 ,กุมภาพันธ์, 2561, จาก : http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20191004152205.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). **ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559**. ม.ป.ท.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**. นนทบุรี : โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560) **แบบทดสอบด้านสุขภาพจิต**. สืบค้นเมื่อ 25 ,กุมภาพันธ์, 2561, จาก : <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>
- กรีติญา ไทยอยู่. (2558). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุโรคจิตเวช**. เอกสารวิชาการ. นนทบุรี : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ มาริสา สุวรรณราช. (2562). **สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 11(2). 118-132.
- กุลธิดา ศรีวิเชียร ศิลา โทณบุตร ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. (2564). **การสังเคราะห์องค์ความรู้และสถานการณ์การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะประเด็นสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง**. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, 29(1). 177-209.
- ชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ และจุไรรัตน์ เพ็ญวิบุต. (2557) **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี**. งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- เฉลิม ใบจิว. (2556). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ตำบลฮอด อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่**. (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่)
- ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ. (2561). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย**. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(4). 74-82.
- ธัญชูลี เข้มเพ็ชร. (2551). **วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอที่มีอายุยืนยาว**. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.)
- ณภัทร ประภาสชาติ, ระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพและกลไกการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงสิทธิทางด้านบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล. *วารสาร MFU Connexion*, 5(2), 178-194.
- นาฏสินี ชัยแก้ว ญัฐพร ม่วงแดง และพรทิพย์ สิงห์ชัย. (2560). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์**.

- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2547). **ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. **พริ้นติ้งแอนด์ แพบลิชชิ่ง**.
- พีรสันต์ ปั่นก้อน. (2560). **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี**. วารสารกรมการแพทย์. 2560:42(6) : 119 -123.
- พุทธิพร พิธานธนากุล. (2561). **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ**. พยาบาลสาร 2561:45(1) : 12 - 25.
- ศุภชัยอนามัยพื้นที่สูง กรมอนามัย. (2557). **สำรวจสภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ**. รายงานการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). **สถิติประชากรของประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม, 2560, จาก : <https://www.nso.go.th/sites/2014>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). **รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560**. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม, 2561, จาก : <https://bit.ly/3zaFrp7>.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556) **รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วีชรินทร์ พี.พี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559). **สมุดบันทึกสุขภาพ**. เชียงใหม่ : บริษัทสยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด.
- โสภภาพรรณ รัตน์ย. (2555). **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: แสงดาว.
- สุทยุต โอสรประสพ. (2559). **ปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ**. สืบค้นจาก <https://documents1.worldbank.org/curated/en/596071468185030891/pdf/AUS13326-TAIWANESE-WP-P146231-PUBLIC-World-Bank-Thai-version-ok.pdf>
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2554). **การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1)**. กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- ภาวีน ทองไชย. (2556). **สุขภาพจิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิโรจน์ เรืองสะอาด: (2549). **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพัฒนา, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- ศุภชัยอนามัยพื้นที่สูง. (2557). **การสำรวจสภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมชาวไทยภูเขาในหมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ**. รายงานการสำรวจ

ศรীরวรรณ ทาวงศ์มา และสิริภา ภาคณะภา. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทย
ภูเขาค้อกะเหรี่ยง พื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดน ตามแนวทางพระราชทาน
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานการวิจัยศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์
ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย.

อุมาพร เคนสิลา นิตยากร ลุนพรหม และมานพ คณะโต (2558). การดูแลผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ :
กรณีศึกษาบ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาล
สกลนคร 2558 :18(3) : 240 - 246.

อุไรวรรณ รุ่งไธรัญ. (2559). ทศนคติของผู้สูงอายุต่อสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 ใน
การร่วมกิจกรรม ณ สวนสาธารณะของกรุงเทพมหานคร. วารสารปัญญาภิวัฒน์, 1(8), 112-136.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concept of practice 5th ed.* St Louis: Mosby-Year book,
Inc.

Orem, D.E. 1991. *Nursing: Concepts o practice. 4th ed.* St.Louis: Mosby Year Book.

Pender J Nola. Carolyn L. , Parsons M and Parsons M. (2011). *Health Promotion in Nursing
Practice 6th ed.* New Jersey: Pearson Education Inc.

ภาคผนวก

แบบสอบถามอนามัยผู้สูงอายุ

กลุ่มชาติพันธุ์.....
 บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ผู้สัมภาษณ์.....วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ 1. ชาย 2. หญิง
- 1.2 อายุ.....ปี 1. 60- 69 ปี 2. 70-79 ปี 3. 80 ปีขึ้นไป
- 1.3 สถานภาพสมรส
1. โสด 2. คู่อยู่ด้วยกัน 3. คู่แยกกันอยู่ 4. หย่า 5. หม้าย 6. อื่นๆระบุ.....
- 1.4 ลักษณะครอบครัว 1. ครอบครัวเดี่ยว 2. ครอบครัวขยาย
- 1.5 ปัจจุบันท่านเป็นสมาชิกชมรม/กลุ่ม และเข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดคือ
1. กลุ่มออกกำลังกาย (รำกระบอง รำวงย้อนยุค) 2. กลุ่มอาชีพ (หัตถกรรมพื้นบ้าน)
3. กลุ่มปฏิบัติธรรม 4. กลุ่มดนตรี 5. กลุ่มการเงิน (กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์)
6. ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม 7. อื่นๆระบุ.....
- 1.6 ผู้ดูแลท่าน
1. ดูแลตนเองได้ 2. ลูกหลานดูแล 3.ญาติดูแล (ระบุ.....)

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพ

- 2.1 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านได้ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีบ้างหรือไม่
1. ไม่ได้ตรวจ
2. ตรวจ (วัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ อุจจาระ และเลือดจากเส้นเลือด)
- 2.2 ท่านมีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่
1. ไม่มี
2. มี (ระบุ)

(1)โรคประจำตัวที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ความดันโลหิตสูง 5. โรคกระดูกและข้อเสื่อม
2. เบาหวาน 6. ภาวะถุงพรุณ
3. โรคหัวใจ 7. ไชมันในเส้นเลือด
4. มะเร็ง 8. อื่น ๆ ระบุ.....

(2)ท่านดูแลตนเองอย่างไร

1. รักษาโดยวิธีแพทย์แผนไทย 3. พบแพทย์ตามนัด
2. ซื้อยากินเอง 4. รักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน
5. รักษาเอง ระบุ..... 6. อื่น ๆ ระบุ

- 2.3 มีพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอนหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี

ส่วนที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพ

3.1 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) (สอบถามเจ้าหน้าที่ หรือดูจากสมุดบันทึกสุขภาพ)
 1.กลุ่มติดสังคม (ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป) 2.กลุ่มติดบ้าน (5 -11 คะแนน) 3.กลุ่มติดเตียง (0 -4 คะแนน)

3.2 ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สอบถามเจ้าหน้าที่)

- 1.กลุ่มที่1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง
- 2.กลุ่มที่2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง
- 3.กลุ่มที่3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง
- 4.กลุ่มที่4 เหมือนกลุ่มที่ 3 และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

3.3 มีแผนการดูแลสุขภาพอายุรายบุคคล (Care Plan)

- มี ไม่มี

3.4 มีพื้นที่ใช้งาน ซี หรือ คู่สอบ

3.5 ประเมินข้อเข่าเสื่อม

- เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง
- เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม ยังไม่พบอาการผิดปกติ

3.6 แบบทดสอบสภาพสมอง: Abbreviated Mental Test (AMT) (สอบถามเจ้าหน้าที่ หรือดูจากสมุดบันทึกสุขภาพ)

- 1. การรู้คิดปกติ (ตอบถูก 7 ข้อขึ้นไป) 2. การรู้คิดผิดปกติ (ตอบถูก < 7 ข้อ)

3.7 ภาวะโภชนาการ

ชั่งน้ำหนัก.....กิโลกรัม วัดส่วนสูง.....ซม. BMI =

- 1.ผอม (BMIน้อยกว่า 18.5) 2.ปกติ (BMI18.5 – 22.9)
- 3.น้ำหนักเกิน (BMI23.0 – 24.9)
- 4.โรคอ้วน (BMI 25.0 – 29.9) โรคอ้วนอันตราย (BMI มากกว่า30.0)

3.8 ภาวะอ้วนลงพุง รอบเอว.....ซม.

- 1.เกิน
- 2.ไม่เกิน (ชายรอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. หญิงรอบเอวน้อยกว่า 80 ซม.)

3.9 ประเมินภาวะซึมเศร้า

- 1 ปกติ 2. มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (แปลผลตอบข้อ 1 ทั้ง 2 ข้อไม่มีภาวะซึมเศร้า)

(1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่

- 1. ไม่มี 2. มี

(2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่

- 1. ไม่มี 2. มี

ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

4.1 ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ 15-30 นาที

- 1. ไม่เคย 2. บางครั้ง(น้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์) 3. เป็นประจำ (3-7 วัน ต่อสัปดาห์)

4.2 รับประทานผัก ผลไม้ ต่อสัปดาห์

- 1.ไม่เคย (1-2 วัน) 2. บางครั้ง (3-5 วัน) 3. เป็นประจำ (ทุกวัน)

4.3 ท่านดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว

- 1.ไม่เคย 2. บางครั้ง 3. เป็นประจำ

4.4 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ / สูบยาเส้นหรือไม่

- 1. ไม่สูบหรือเลิกสูบแล้ว.....ปี 2. สูบบางครั้ง 3. สูบเป็นประจำ

4.5 ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโดงเหล้าหรือไม่

1. ไม่เคย 2. บางครั้ง 3. เป็นประจำ

สรุปผล พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ตอบข้อ 1 ทั้ง 5 ข้อ)

- ผ่าน (มีพฤติกรรมผ่านทั้ง 5 ข้อ) ไม่ผ่าน (พฤติกรรมไม่ผ่าน ข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป)

ส่วนที่ 5 การคัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

ด้านที่ 1 สังคม (การอยู่อาศัย ที่อยู่อาศัย รายได้)

5.1 การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- 1 อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย 2 ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย

5.2 ลักษณะที่อยู่อาศัย

- 1 มั่นคงแข็งแรง หรือ ไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ

- 2 ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ

5.3 ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน

- 1 เพียงพอ

- 2 ไม่เพียงพอ

ด้านที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน

5.4 ความสามารถในการมองเห็น

- 1 ชัดเจน โดยไม่ต้องใส่แว่น

- 2 ชัดเจน แต่ต้องใส่แว่น

- 3 ไม่ชัดเจน แต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน

- 4 ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน

- 5 ไม่เห็นเลย

5.5 ความสามารถในการได้ยิน

- 1 ชัดเจน โดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง

- 2 ชัดเจน แต่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง

- 3 ไม่ชัดเจน แต่ไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน

- 4 ไม่ชัดเจนและมีปัญหาในการทำกิจกรรมประจำวัน

- 5 ไม่เห็นเลย

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL: Activity Daily Loss)

กิจวัตรประจำวัน	คะแนน	การปฏิบัติได้	วันที่	วันที่
1.การรับประทานอาหาร (Feeding)	0 คะแนน	ไม่สามารถตักเข้าปากได้		
	1 คะแนน	ตักได้เอง แต่มีคนช่วย		
	2 คะแนน	ตักได้เองเป็นปกติ		
2.การล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน โกน หนวด	0 คะแนน	ต้องการความช่วยเหลือ		
	1 คะแนน	ทำเองได้		
3.ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง (Transfer)	0 คะแนน	ไม่สามารถนั่งได้		
	1 คะแนน	ต้องใช้คนช่วยพยุง		
	2 คะแนน	ต้องช่วยพยุงเล็กน้อย		
	3 คะแนน	ทำตัวเอง		
4.การใช้ห้องน้ำ (Toilet)	0 คะแนน	ช่วยตัวเองไม่ได้		
	1 คะแนน	ทำตัวเอง		
	2 คะแนน	ช่วยตัวเองได้ดี		
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	0 คะแนน	เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้		
	1 คะแนน	ต้องใช้รถเข็น		
	2 คะแนน	ต้องมีคนพยุง		
	3 คะแนน	เคลื่อนที่ได้เอง		
6.การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	0 คะแนน	ต้องมีคนสวมใส่ให้		
	1 คะแนน	ช่วยตัวเองได้ 50 %		
	2 คะแนน	ช่วยตัวเองได้ดี		
7.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stair)	0 คะแนน	ไม่สามารถทำได้		
	1 คะแนน	ต้องการคนช่วย		
	2 คะแนน	ขึ้นลงได้เอง		
8.การอาบน้ำ (Bathing)	0 คะแนน	ต้องมีคนช่วยหรือทำให้		
	1 คะแนน	อาบน้ำเอง		
9.การกลั้นถ่ายอุจจาระ (Bowel)	0 คะแนน	กลั้นไม่ได้หรือต้องสวนเสมอ		
	1 คะแนน	กลั้นไม่ได้บางครั้ง		
	2 คะแนน	กลั้นได้ปกติ		
10.การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)	0 คะแนน	กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวน		
	1 คะแนน	กลั้นไม่ได้บางครั้ง		
	2 คะแนน	กลั้นได้ปกติ		
	คะแนนรวม			
	อยู่ในกลุ่ม			

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score)

คำชี้แจง โปรดเลือกหัวข้อที่ตรงกับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุดในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

1. ให้ท่านบรรยายลักษณะอาการเจ็บปวดเข่าของท่าน

- 0 - ไม่มีอาการปวดเข่า
- 1 - อาการปวดเสียดๆที่เข่าเล็กน้อย เฉพาะเวลาขยับตัวหรืออยู่ในบางท่าเท่านั้น
- 2 - หลังใช้งานนาน อาการปวดเข่ามากขึ้น พักแล้วดีขึ้น เป็นๆหายๆ
- 3 - อาการปวดเพิ่มมากขึ้น ปวดนานขึ้น
- 4 - อยู่เฉยๆก็ปวดมาก ขยับไม่ได้

2. ท่านมีปัญหาเรื่องเข่าในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองหรือไม่ เช่น การยืนอาบน้ำ เป็นต้น

- 0 - ไม่มีปัญหา
- 1 - มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืด/ตึงขัดเล็กน้อย แต่น้อยมาก
- 2 - มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืด/ตึงขัดเล็กน้อย บ่อยครั้ง
- 3 - เริ่มมีปัญหา ทำด้วยความยากลำบาก
- 4 - ไม่สามารถทำได้

3. ท่านมีปัญหาเรื่องเข่า เมื่อก้าวขึ้นลงรถ หรือรถประจำทางหรือไม่

- 0 - ไม่มีอาการใดๆ
- 1 - มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดเล็กน้อย แต่ก้าวขึ้นลงได้ปกติ
- 2 - มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืด ก้าวขึ้นลงได้ช้ากว่าปกติ
- 3 - มีอาการปวดเข่ามาก/ข้อเข่าฝืด ก้าวขึ้นลงได้ด้วยความลำบาก
- 4 - ไม่สามารถทำได้

4. ระยะเวลาที่ท่านเดินได้มากที่สุดก่อนที่ท่านจะมีอาการปวดเข่า

- 0 - เดินได้เกิน 1 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการอะไร
- 1 - เดินได้ 16-60 นาที เริ่มมีอาการปวด
- 2 - เดินได้เพียง 5-15 นาที เริ่มมีอาการปวด
- 3 - เดินได้แค่รอบบ้านเท่านั้น เริ่มมีอาการปวด
- 4 - ทำไม่ได้และเดินไม่ไหว

7. ท่านสามารถนั่งลงคุกเข่าและลุกขึ้นได้หรือไม่

- 0 - ลุกได้ง่าย
- 1 - ลุกได้ ลำบากเล็กน้อย
- 2 - ลุกได้แต่ยากขึ้น
- 3 - ลุกได้แต่ยากลำบากมาก
- 4 - ลุกไม่ไหว

8. ท่านเคยมีปัญหาปวดเข่าในขณะที่นอนตอนกลางคืนหรือไม่

- 0 - ไม่เคย
- 1 - ใน 1 เดือนมี 1-2 ครั้ง
- 2 - บางคืน
- 3 - ส่วนมาก
- 4 - ทุกคืน

9. ในขณะที่คุณทำงาน/ทำงานบ้าน ท่านมีอาการปวดเข่าหรือไม่

- 0 - ไม่มี
- 1 - น้อยมาก
- 2 - บางครั้ง
- 3 - ส่วนมาก
- 4 - ตลอดเวลา

10. ท่านเคยมีความรู้สึกว้าวุ่นของเข่าของท่านทรุดลงทันทีหรือหมดแรงทันทีจนตัวทรุดลง

- 0 - ไม่เคย
- 1 - ในช่วงแรกที่ก้าวเดิน เท่านั้น
- 2 - บางครั้ง
- 3 - ส่วนมาก
- 4 - ตลอดเวลา

5. หลังทานอาหารเสร็จ ในขณะที่ลุกขึ้นจากเก้าอี้ นั่ง เข่าของท่านมีอาการอย่างไร

- 0 - ไม่มีอาการ
- 1 - มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดเล็กน้อย
- 2 - มีอาการปวดเข่า/ข้อเข่าฝืดปานกลาง
- 3 - มีอาการปวดเข่ามาก/ข้อเข่าฝืด ลุกขึ้นยืนได้ด้วย ความลำบาก
- 4 - ปวดมาก ไม่สามารถลุกขึ้นได้

6. ท่านต้องเดินโยกตัว(เดินกระเผลกกระเผลก) เพราะอาการที่เกิดจากเข่าของท่าน หรือไม่

- 0 - ไม่เคย
- 1 - ในช่วง 2-3 ก้าวแรก ที่ออกเดินเท่านั้น
- 2 - เป็นบางครั้ง
- 3 - เป็นส่วนใหญ่
- 4 - ตลอดเวลา

11. ท่านสามารถไปซื้อของใช้ต่างๆได้ด้วยตัวท่านเอง

- 0 - ได้เป็นปกติ
- 1 - ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย
- 2 - ไปได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่ามากขึ้น
- 3 - พอไปได้ แต่ด้วยความยากลำบากมาก
- 4 - ไปไม่ได้

12. ท่านสามารถเดินลงบันไดได้หรือไม่

- 0 - เดินลงได้ เป็นปกติ
- 1 - เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่าเล็กน้อย
- 2 - เดินลงได้ เริ่มมีอาการปวดเข่า/ตึงเข่ามากขึ้น
- 3 - เดินลงได้ด้วยความยากลำบากมาก
- 4 - เดินลงไม่ได้

การทดสอบสภาพสมอง(Abbreviated mental Test : AMT)

ข้อ	คำถาม	คำตอบ	ผิด	ถูก
1	อายุ เท่าไร			
2	ขณะนี้ เวลา...อะไร			
3	ที่อยู่ปัจจุบันของท่าน คือ			
4	ปีนี้...ปีอะไร			
5	สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร			
6	คนนี้ คือใคร (ชี้คนที่สัมภาษณ์) และ คนนี้ คือใคร (ชี้ที่คนใกล้ๆ : ญาติ)			
7	วัน เดือน ปี เกิดของท่านคือ			
8	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวันมหาวิโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร			
9	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร			
10	ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1			

การแปลผล ถ้าตอบ “ถูก” ≤ 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล นายอนุชา รักสนิท
วัน เดือน ปีเกิด 1 สิงหาคม 2532
ตำแหน่งปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สถานที่ปฏิบัติงาน ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ
122 หมู่ 8 ถ.จามเทวี ต.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190

ประวัติการศึกษา

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (2555)

ประวัติการทำงาน

2555 - 2556 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

2556 – ปัจจุบัน (2564) ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้าม กรมอนามัย