

Original Article

การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมThe Survey of Health Behaviors and Health Status of Elderly
in Community, Samlium Primary Unit

นักสันทัด ไซยเสนา, รานี แสงจันทร์นวล

หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม งานการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ: นายนักสันทัด ไซยเสนา

พยาบาลปฏิบัติการ หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม งานการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การเตรียมการด้านข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สะท้อน
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติและชี้ชัดในความเหมือนและความต่างระหว่าง
ผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดประเภทของปัญหาสุขภาพอันจะนำ
ไปสู่การจัดการทรัพยากรการดูแลป้องกันและแก้ไขให้ทันรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของ
ประเทศ ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญที่ต้องมีการสำรวจข้อมูลสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและ
ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

วิธีการศึกษา: การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)
มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตพื้นที่รับ
ผิดชอบหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 366 คน เก็บรวบรวม
ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่
การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median)
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.60 อายุต่ำสุดคือ 60 ปี สูงสุด
96 ปี ($\bar{x} = 70.06$, $SD = 9.05$) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 50.55 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่

รับต้นฉบับ
15 พฤศจิกายน 2566แก้ไขต้นฉบับ
15 ธันวาคม 2566รับต้นฉบับตีพิมพ์
18 ธันวาคม 2566

ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 62.02 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวจำนวนมากถึง ร้อยละ 87.43 ทั้งนี้พบว่า มีจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 28.96 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 70.22 มีการสูบบุหรี่และยาเส้น จำนวน 43 (ร้อยละ 11.75 มีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 14.20 มีการซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 9.29) ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเลย ร้อยละ 3.55 รับประทานอาหารหลักครบไม่ครบ 5 หมู่/วัน ร้อยละ 67.76 มีการรับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ ร้อยละ 3.55 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 19.67 มีการรับรู้ตัวตนเอง มีสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.73 และสุขภาพอยู่ในระดับเท่าๆ กันกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ร้อยละ 46.72 ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาบางส่วนและมีภาวะพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 4.92 มีภาวะเปาะบาง ร้อยละ 4.92 มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 10.38 มีโอกาสจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 32.24 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 24.32 มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 5.74 มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ร้อยละ 40.44 มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 31.69 มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 16.94 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย และปานกลาง ร้อยละ 1.91

สรุป: จากการศึกษาครั้งนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ทั้งทางกายและทางจิต รวมถึงการป้องกันโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ควรดำเนินการคือ การจัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมภาวะสุขภาพทั้งกายและจิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุควรเน้นการสนับสนุนที่มาจากครอบครัว สร้างครอบครัวที่เป็นสุข จัดกิจกรรมที่จรรโลงจิตใจ โดยมีครอบครัวเป็นแกนนำเมื่อจิตเป็นสุขและเข้มแข็งก็สามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

บทนำ

ปัจจุบันคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้นและจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาประเทศและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพัฒนาเทคโนโลยีดังกล่าวทำให้การรักษาโรคได้ผลดีขึ้น อัตราการตายลดลง และประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 12,519,926 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 18.44 เมื่อเทียบกับประชากร 66 ล้านคน และมีแนวโน้มว่าสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.00 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว ในปี พ.ศ. 2573¹

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 41.60 สุขภาพดี ร้อยละ 42.70 สุขภาพดีมาก ร้อยละ 3.30 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 10.70 และสุขภาพไม่ดีมาก ร้อยละ 1.7² ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประเมินสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและดี แต่กลับมีแนวโน้มที่

ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยพบผู้สูงอายุถึงร้อยละ 79.10 มีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป ทั้งนี้โรคที่พบ 3 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.20 โรคเบาหวาน ร้อยละ 19.80 โรคไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 15.20 และอื่นๆ ร้อยละ 26.80³ และการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป ทำให้มีวิธีการจัดการดูแลและรักษา ที่มีความยุ่งยากและเกิดความซับซ้อนของการรักษาตามจำนวนโรคที่เป็น ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาระยะเวลานาน ได้รับการรักษาโดยการใชยาหลายชนิด เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพส่วนบุคคลในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น ทั้งจากการเจ็บป่วยหลายโรค การใชยาหลายชนิด และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกระบวนการสูงอายุ

จากการกำหนดเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุในประเด็นการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ สอดคล้องกับแผนการดำเนินการของกรมกิจการผู้สูงอายุที่ได้มีการขับเคลื่อนมาตรการรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนของประเทศไทย ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ในมาตรการรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน 4 มิติ รัฐบาลมีความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะออกแบบและพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยของ ประเทศไทยในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการเป็นสังคมสูงวัย และวางระบบเพื่อรองรับอนาคตของประเทศไทย ในการเป็นสังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ และสังคมสูงวัยระดับสุดยอด เนื่องจากการเตรียมความพร้อมในทุกมิติทั้งด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม รวมทั้งเทคโนโลยีและนวัตกรรม เป็นสิ่งสำคัญซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางมาตรการเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อรองรับสถานการณ์ โดยเฉพาะในมิติสุขภาพ มีการกำหนดการบูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร การยกระดับผู้บริหารอาชีพ และการจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพทุกอำเภอควบคู่กับบริการ⁴

หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม งานการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รับผิดชอบ 10 ชุมชนในเขตพื้นที่ชุมชนสามเหลี่ยม ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุ 2,612 คน คิดเป็นร้อยละ 17.02 ของประชากรทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีผู้สูงอายุเข้ารับการบริการจำนวนมาก ทั้งยังพบความซับซ้อนของการรักษาตามจำนวนโรคที่เป็น ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา และมีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเข้ารับการเพิ่มสูงขึ้น หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมมีพันธกิจในการให้การบริการผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร มีการพัฒนาและอภิบาลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน ให้ความสำคัญในการให้การดูแลและให้การรักษาแบบองค์รวม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนและปรับรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องและตอบสนองกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุดการเตรียมการเพื่อเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ของสังคมไทย สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือการเตรียมการด้านข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สะท้อนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

อย่างครอบคลุมทุกมิติและชี้ชัดในความเหมือนและความต่างระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดประเภทของปัญหาสุขภาพอันจะนำไปสู่การจัดการทรัพยากร การดูแลป้องกันและแก้ไขให้ทันรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการศึกษาด้านสุขภาพ เฉพาะสถาบันบริการต่างๆ ในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุยังมีความขาดแคลนข้อมูลด้านภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุในอาทิ สถานสงเคราะห์คนชราและชุมชน ทั้งนี้การที่ประเทศไทยกำลังจะเข้า สู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงภาวะเศรษฐกิจและเทคโนโลยีต่างๆ จะทำให้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างไร ยังพบว่าลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันเหล่านี้จะ แตกต่างและซับซ้อนกว่าที่เคยศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม และยังไม่พบ ว่ามีการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามเหลี่ยมว่า เป็น อย่างไร จากสถานการณ์และเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญที่ต้องมีการสำรวจข้อมูล สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ และ ภาวะสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมสูงวัย ลด ค่าใช้จ่ายด้านบริการ สุขภาพประชาชน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ในชุมชน มีทักษะกายใจ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีสุขภาพที่ดี รวมถึงใช้เป็นข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ให้สอดคล้อง กับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตพื้นที่ รับผิดชอบหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ยาเส้น การเข้า ยา การใช้แอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหารหลัก การรับประทาน อาหารเสริม การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพ เมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ภาวะ เปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก สุขภาพช่องปาก การได้ยิน สุขภาพสายตา ความเสี่ยงหกล้มและสมรรถภาพสมองเบื้องต้น

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในชุมชนเขตพื้นที่ รับผิดชอบหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม
2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มีผลต่อบุคคล ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ⁵ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย

การสูบบุหรี่/ยาเส้น การใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหารหลัก การรับประทานอาหารเสริม การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สุขภาพของตนเอง ทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ภาวะเปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะข้อเข่าเสื่อม ความซึมเศร้า สุขภาพช่องปาก สุขภาวะทางสายตา การได้ยิน ความเสี่ยงต่อการหกล้ม สมรรถภาพสมอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตพื้นที่รับผิดชอบหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ยาเส้น การใช้ยา การใช้แอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหารหลัก การรับประทานอาหารเสริม การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ภาวะเปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก สุขภาพช่องปาก การได้ยิน สุขภาพสายตา ความเสี่ยงหกล้มและสมรรถภาพสมองเบื้องต้น จำนวน 366 คน ดำเนินเก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้รับอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ HE661411 ลงวันที่ 23 ตุลาคม 2566 การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยดำเนินการโดยการสอบถาม และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้วิจัยดำเนินการโดยการสอบถามและการทดสอบ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามเหลี่ยม 10 หมู่บ้าน จำนวน 2,612 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน ซึ่งเป็นการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบค่าประชากรที่แน่นอน และผู้วิจัยทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการป้องกันการสูญหายหรือบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งคาดว่าจะมีประมาณร้อยละ 5 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 366 คนเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีการเลือกสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยทำการสุ่มอาสาสมัครตามหมายเลข ในจำนวน 1 คน จากทุกๆ 7 คน เข้าสู่การศึกษา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมจากแบบสอบถามและแบบทดสอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่/ยาเส้น การเข้าสูบบุหรี่ การใช้แอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหารหลัก การรับประทานอาหารเสริม การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน เป็นแบบสอบถามโดยการเลือกตอบ 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน บาร์เคลเอ ดี แอล ที่ปฏิบัติในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง จำนวน 10 ข้อ โดยให้คะแนนตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม คะแนนเต็ม 20 คะแนน ถ้าน้อยกว่า 12 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงสูง แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง มีทั้งหมด 5 ข้อ ถ้ามีตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูง การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment : MNA (short form)) มีทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็ม 14 คะแนน หากได้คะแนนรวม 8-11 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และ 0-7 คะแนน ถือว่าขาดสารอาหาร แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) การคิดคะแนน ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน การแปลผลถ้าได้ 0-12 คะแนนผู้สูงอายุปกติ 13-18 คะแนน มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 19-24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) 25-30 คะแนน มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) แบบคัดกรองข้อเข้าเสื่อมทางคลินิก ถ้าตอบว่ามีอาการ “ปวดเข่า” และตอบว่า “ใช่” 2 ข้อ ถือว่า มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แบบคัดกรองสุขภาพช่องปาก ซึ่งหากมีการตอบว่า “มี” ในข้อ 1-3 มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ ควรส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับทันตบุคลากรและข้อที่ 4 ถ้าประเมินว่า “ไม่สะอาด” ควรฝึกการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์ แบบประเมินการได้ยิน ผู้ทดสอบถูกนำไปกับนิ้วชี้หน้าผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหู ~1 นิ้ว) ที่ละข้างทั้งหูขวาและหูซ้าย ถ้าตอบ “ไม่ได้ยิน” หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่าหูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน แบบประเมินสุขภาพทางสายตา มีทั้งหมด 5 ข้อ ถ้าตอบ “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่า มีปัญหาการมองเห็น แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม หากใช้เวลาในการเดิน ≥ 12 วินาที หรือ ทำไม่ได้ถือว่า มีความเสี่ยงหกล้ม และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE -Thai 2002 จำนวน 11 ข้อ แต่ละข้อค่าคะแนนระหว่าง 1-5 โดยคะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผลตามจุดตัดของแบบทดสอบโดยคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ทดสอบ หากมีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

การดำเนินการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงข้อมูลวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยและขอความยินยอมหลังจากผู้วิจัยให้ข้อมูลและมอบคำชี้แจงอาสาสมัครให้แก่อาสาสมัคร อย่างน้อย 10 นาที เพื่อให้อาสาสมัครมีเวลาเพียงพอในการซักถาม และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการนัดหมายผู้สูงอายุ

ในช่วงที่ผู้สูงอายุสะดก ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลเองได้ ผู้วิจัยจะดำเนินการขอเก็บข้อมูลจากผู้ดูแล โดยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องประชุมหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมที่เป็นส่วนตัวที่ผู้วิจัยประสานการใช้งานและจัดเตรียมไว้ หรือกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถเดินทางมาพบผู้วิจัยตามสถานที่ที่มีการกำหนดไว้ได้ ผู้วิจัยจะดำเนินการเข้าถึงอาสาสมัครที่บ้านร่วมกับการเยี่ยมบ้านปกติ และขอความยินยอมจากอาสาสมัครหรือผู้ดูแลในการเข้าร่วมการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเยี่ยมบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลส่วนบุคคลโดยข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยดำเนินการโดยการสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้วิจัยดำเนินการโดยการสอบถามและการทดสอบ โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบก่อนยุติการสอบถามหากผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามไม่ครบ ผู้วิจัยจะทำการทวนคำถามซ้ำอีกครั้งเพื่อป้องกันการลืมตอบ แต่หากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะตอบคำถามข้อนั้นๆ ผู้วิจัยจะเว้นคำตอบของข้อคำถามดังกล่าว แล้วใส่รหัสข้อมูลเป็นข้อมูลสูญหาย (missing data)

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้รับอนุมัติเอกสารรับรองเลขที่ HE661411 ลงวันที่ 23 ตุลาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยการใช่การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุทั้งหมด 366 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 284 คน (ร้อยละ 77.60) อายุต่ำสุดคือ 60 ปี สูงสุด 96 ปี ($\bar{x} = 70.06$, $SD = 9.05$) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 70-79 ปี จำนวน 185 คน (ร้อยละ 50.55) รองลงมาคือ 60-69 ปี จำนวน 103 คน (ร้อยละ 28.14) สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 243 คน (ร้อยละ 66.39) รองลงมาคือ หม้ายหรือหย่าร้าง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 23.77) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 จำนวน 258 คน (ร้อยละ 70.49) รองลงมาคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 23 จำนวน 87 คน (ร้อยละ 23.50) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 107 คน (ร้อยละ 29.23) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา

จำนวน 104 คน (ร้อยละ 28.42) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จำนวน 227 คน (ร้อยละ 62.02) และรองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 63 คน (ร้อยละ 17.21) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวจำนวนมากถึง 320 คน (ร้อยละ 87.43) ทั้งนี้พบว่ามียาจำนวนโรคประจำตัว 2 โรค จำนวนมากที่สุด 106 คน (ร้อยละ 28.96) รองลงมาคือ 3 โรค จำนวน 98 คน (ร้อยละ 26.78) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=366)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	22.40
หญิง	284	77.60
อายุ		
60 - 69 ปี	103	28.14
70 - 79 ปี	185	50.55
80 ปีขึ้นไป	78	21.31
Min = 60, Max = 96, \bar{X} = 70.06, SD = 9.05		
สถานภาพสมรส		
โสด	36	9.84
คู่	243	66.39
หม้าย/หย่าร้าง	87	23.77
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5	22	6.01
18.5 - 22.9	258	70.49
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	86	23.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	97	26.05
ประถมศึกษา	104	28.42
มัธยมศึกษา	107	29.23
อนุปริญญา/เทียบเท่า	26	7.10
อุดมศึกษา	32	8.74
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	227	62.02
เกษตรกรรม	63	17.21
ค้าขาย	42	11.48
ข้าราชการบำนาญ	22	6.01
อื่นๆ	12	3.28
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	46	12.57
มีโรคประจำตัว	320	87.43
จำนวนโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	46	12.57
1 โรค	82	22.40
2 โรค	106	28.96
3 โรค	98	26.78
4 โรค	26	7.10
ตั้งแต่ 5 โรคขึ้นไป	8	2.19

2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 257 คน (ร้อยละ 70.22) มีการสูบบุหรี่และยาเส้น จำนวน 43 (ร้อยละ 11.75) และเคยสูบบุหรี่ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 9.56) มีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ 52 (ร้อยละ 14.20) และเคยดื่ม จำนวน 36 คน (ร้อยละ 9.84) ส่วนการใช้ยาพบว่าผู้สูงอายุมีการซื้อยารับประทานเอง จำนวน 34 คน (ร้อยละ 9.29) ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเลย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 3.55) รับประทานอาหารหลักครบไม่ครบ 5 หมู่/วัน จำนวนมากถึง 248 คน (ร้อยละ 67.76) มีการรับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 3.55) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 72 คน (ร้อยละ 19.67) จากการสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้ จำนวน 193 คน (ร้อยละ 52.73) และระดับดี จำนวน 116 คน (ร้อยละ 31.69) และมีอีก 45 คน (ร้อยละ 12.3) ที่รับรู้ว่าคุณภาพตนเองอยู่ในระดับแย่มาก และเมื่อสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกันพบว่า ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าสุขภาพอยู่ในระดับเท่าๆ กันกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน จำนวน 171 คน (ร้อยละ 46.72) ระดับดีกว่า จำนวน 127 คน (ร้อยละ 34.70) และมีอีก 53 คน (ร้อยละ 14.48) ที่รับรู้ว่าคุณภาพตนเองอยู่ในระดับแย่มากกว่าและแย่มากกว่าบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ (n=366)

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	257	70.22
ออกกำลังกายบางครั้ง	87	23.77
ออกกำลังกายเป็นประจำ	22	6.01
การสูบบุหรี่ และยาเส้น		
ไม่สูบ	288	78.69
เคยสูบ	35	9.56
สูบ	43	11.75
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	278	75.96
เคยดื่ม	36	9.84
ดื่มเป็นประจำ	52	14.20
การใช้ยา		
ไม่ได้ใช้ยา	46	12.57
ใช้ยาตามแผนการรักษา	286	78.14
ซื้อยารับประทานเอง	34	9.29
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยตรวจ	13	3.55
เคยตรวจ	26	7.11
ตรวจเป็นประจำ	327	89.34

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหารหลักครบ 5 หมู่/วัน		
ไม่ครบ	248	67.76
เป็นบางครั้ง	82	22.40
เป็นประจำ	36	9.84
การรับประทานอาหารเสริม		
ไม่เคย	307	83.88
เคย	46	12.57
เป็นประจำ	13	3.55
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม		
ไม่เคย	72	19.67
เคย	86	23.50
เป็นประจำ	208	56.83
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง		
แย่มาก	8	2.19
แย่มาก	37	10.11
พอใช้	193	52.73
ดี	116	31.69
ดีมาก	12	3.28
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน		
แย่มากกว่า	4	1.09
แย่มากกว่า	49	13.39
เท่าๆ กัน	171	46.72
ดีกว่า	127	34.70
ดีมากกว่า	15	4.10

3. ข้อมูลภาวะสุขภาพ

จากการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาบางส่วน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.28) และมีภาวะพึ่งพาทั้งหมด จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.64) มีภาวะเปาะบาง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.92) มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร จำนวน 26 คน (ร้อยละ 7.10) และมีภาวะขาดสารอาหาร จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.28) มีโอกาสจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 118 คน (ร้อยละ 32.24) มีปัญหาสุขภาพช่องปาก จำนวน 89 คน (ร้อยละ 24.32) มีปัญหาการได้ยิน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 5.74) มีปัญหาเรื่องการมองเห็น จำนวน 148 คน (ร้อยละ 40.44) มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน 116 คน (ร้อยละ 31.69) มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 62 คน (ร้อยละ 16.94) มีความซึมเศร้าเล็กน้อย 6 คน (ร้อยละ 1.64) มีความซึมเศร้าปานกลาง 1 คน (ร้อยละ 0.27) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลภาวะสุขภาพ (n=366)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน		
ปกติ	348	95.08
มีภาวะพึ่งพาบางส่วน	12	3.28
มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด	6	1.64
ภาวะเปาะบาง		
ปกติ	348	95.08
มีภาวะเปาะบาง	18	4.92
ภาวะโภชนาการ		
ปกติ	328	89.62
มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร	26	7.10
มีภาวะขาดสารอาหาร	12	3.28
ภาวะข้อเข่าเสื่อม		
ปกติ	248	67.76
มีโอกาสจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม	118	32.24
สุขภาพช่องปาก		
ปกติ	277	75.68
มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	89	24.32
การได้ยิน		
ปกติ	345	94.26
มีปัญหาการได้ยิน	21	5.74
สุขภาพสายตา		
ปกติ	218	59.56
มีปัญหาเรื่องการมองเห็น	148	40.44
ความเสี่ยงต่อการหกล้ม		
ปกติ	250	68.31
มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม	116	31.69
สภาพสมองเบื้องต้น		
ปกติ	304	83.06
มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	62	16.94
ความซึมเศร้า		
ปกติ	359	98.09
มีความซึมเศร้าเล็กน้อย	6	1.64
มีความซึมเศร้าปานกลาง	1	0.27
มีความซึมเศร้ารุนแรง	0	0

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกันกับการศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม ที่พบว่าผู้สูงอายุไม่เคยออกกำลังกายเป็นจำนวนมากถึง ร้อยละ 72.73⁶ มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุของชลลดา บุตรวิฑูรย์⁷ ซึ่งพบว่าช่วงอายุ 60-65 ปี หรือ วัยผู้สูงอายุตอนต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หากแต่ในการการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี หรือ วัยผู้สูงอายุตอนกลาง มากถึงร้อยละ 50.55 ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีการสูบบุหรี่และยาเส้น ร้อยละ 11.75 จากข้อมูลของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ในปี 2559 พบปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการตาย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และการไม่ออกกำลังกาย โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุโดยตรงนั้นคือปัจจัย อายุ เพศ ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่าความนิยม ที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูบที่สูบติดต่อมาเป็นระยะเวลาานาน และมักจะเกิดปัญหาสุขภาพตามมาหลังจากที่อายุมากขึ้น เนื่องจากสารพิษที่ประกอบอยู่ในควัน บุหรี่ก่อให้เกิดโรค เช่น โรคมะเร็ง โรคปอด โรคหลอดเลือด และหัวใจ และยังส่งผลกระทบต่อ บุคคลรอบข้างจากควันบุหรี่มือสองที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งได้มากกว่าผู้สูบบุหรี่โดยตรง วัยสูงอายุจะเป็นวัยแห่งการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และโรคที่ตามมา แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการสูบ บุหรี่ร่วมด้วยแล้วนั้นย่อมส่งผลให้การทำงานของอวัยวะเสื่อมลงเร็วขึ้น⁹

ผู้สูงอายุมีการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 14.20 จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2564 ได้ระบุโทษและผลเสียจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านสุขภาพว่าเป็นสาเหตุสำคัญให้เกิดการตาย การบาดเจ็บ และพิษของแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้มากกว่า 60 โรค สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 87.43 และยังพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มากถึงร้อยละ 65.03 ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาที่มีการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90 มีโรคประจำตัว และมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน⁹ การมีจำนวนโรคที่มากขึ้นส่งผลให้มีการใช้ยาจำนวนมาก และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบปัญหาในการใช้ยาในผู้สูงอายุคือ การซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 9.29 ผลการศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับการสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งพบปัญหาด้านพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ เช่น การลิ้มรับประทานยา และการซื้อยาเพิ่มเอง¹⁰ ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การเกิดปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่างๆ ตามมามากขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้คงที่ได้ รวมถึงผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเลย ร้อยละ 3.55 ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นกิจกรรมที่สำคัญเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพในเชิงป้องกัน ดังนั้นการที่ประชาชนจะปฏิบัติหรือไม่นั้นอาจมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมาตรวจสุขภาพประจำปี เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แสดงออกของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความจริงจะมีผลให้บุคคลไม่เห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ อาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้¹¹

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 19.67 ซึ่งการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ สามารถนำมาชดเชยภาระหน้าที่การงานที่ต้องหมดความรับผิดชอบลง การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้มีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นๆ ได้รับการยอมรับและสถานะทางสังคมประสบความสำเร็จ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม ปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมของผู้สูงอายุก็คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง¹² ซึ่งจากการสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้และดี ร้อยละ 84.42 และเมื่อสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าคุณภาพอยู่ในระดับเท่าๆ กันกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกันและระดับดีกว่า ร้อยละ 81.42 การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองในแต่ละเวลา ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลโดยประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีตปัจจุบันและอนาคต รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับความต้านทานโรคหรือความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยความกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากการศึกษาที่ผ่านมา การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมักมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีด้วย¹³ ถ้าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จะมีบทบาทและศักยภาพในด้านงานสาธารณสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี มีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี

จากการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาบางส่วนและภาวะพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 4.92 และมีภาวะเปาะบาง ร้อยละ 4.92 เมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมและความเสี่ยงของการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งโรคเรื้อรังและสมรรถภาพที่ถดถอยจากกระบวนการสูงอายุและจะปรากฏมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และยังพบความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังและจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้น จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประชากรสูงอายुर้อยละ 15.0 มีภาวะทุพพลภาพและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่ามีจำนวนประมาณ 1.3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 213 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้¹⁴

จากการศึกษาพบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 10.38 ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม นำมาซึ่งปัญหาต่างๆ เริ่มจากการบาดเจ็บ การกลืน การย่อยและการดูดซึม ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร มีความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะภาวะโภชนาการขาดได้¹⁵ การมีภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุนำไปสู่ปัญหาหลาย

ประการ ได้แก่ การตาย การเจ็บป่วย ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้ ปัจจัยสำคัญหนึ่งซึ่งส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุที่ได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เช่นเดียวกับในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุรับประทานอาหารหลักครบไม่ครบ 5 หมู่/วัน จำนวนมากถึง ร้อยละ 67.76 มีรายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักกินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ สัดส่วนของการบริโภคผักและผลไม้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลง การรับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่อยากรับประทานอาหารเลย หรือมีพยาธิสภาพที่สมอง เช่น ภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ¹⁶ ซึ่งคล้ายกันกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุความซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง ร้อยละ 1.93 และมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 16.94 และยังพบว่าการมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดจากพยาธิสภาพจากโรค ซึ่งพบผู้สูงอายุในการศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 24.32 หรือจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ที่อาจทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารตามมา ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาพบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ถึงร้อยละ 31.69 ซึ่งการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในกลุ่มการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีแนวโน้มหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปี และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่อเข้าสู่ปีที่ 70 เป็นต้นไป¹⁷ ในปี 2563 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้ม จำนวน 123,765 ราย อัตราป่วย 1,071 ต่อประชากรแสนคน และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 37,621 ราย อัตราป่วย 360.07 ต่อประชากรแสนคน มีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม จำนวน 1,400 ราย อัตราการเสียชีวิต 12.1 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน เฉลี่ยวันละ 4 คน¹⁸ สาเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการซึ่งขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล มีทั้งที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราภาพ ที่พบบ่อยจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายที่มีผลต่อการทรงตัว ได้แก่ ความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยิน การมองเห็น และการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้ขณะเดินหรือเปลี่ยนท่าทางร่างกายไม่สามารถรักษาจุดศูนย์กลางของมวลร่างกายให้อยู่ในฐานที่สมดุลได้และเกิดการหกล้มขึ้น¹⁹ ซึ่งพบผู้สูงอายุในการศึกษาที่มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 5.74 มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ร้อยละ 40.44 และมีโอกาสจะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากถึง ร้อยละ 32.24 และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ การจัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ การจัดวางเครื่องเรือนในบ้านที่ไม่เหมาะสม การสวมรองเท้าที่มีขนาดไม่พอดีกับเท้า เป็นต้น²⁰

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ทั้งทางกายและทางจิต รวมถึงการป้องกันโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ควรดำเนินการคือ การจัดโปรแกรมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมภาวะสุขภาพทั้งกายและจิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุควรเน้นการสนับสนุนที่มาจากครอบครัว สร้างครอบครัวที่เป็นสุข จัดกิจกรรมที่จรรโลงจิตใจ โดยมีครอบครัวเป็นแกนนำเมื่อจิตเป็นสุขและเข้มแข็งก็สามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย

นำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้อมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ด้านการพยาบาล

นำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางสำหรับผู้บริหาร เพื่อวางแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาล เพื่อส่งเสริมความเข้าใจลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุในชุมชน อันจะส่งผลดีต่อความปลอดภัย สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

ด้านการวิจัย

พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตามปัญหาที่พบจากผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.อาคม บุญเลิศ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พว.เดือนเพ็ญ ศรีชา พยาบาลชำนาญการพิเศษ หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมที่เสียสละเวลาในการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ส่งเสริมมอบทุนสนับสนุนโครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2566 ในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2566]. เข้าได้จาก: <https://thaitgri.org/?wpdmpo>

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2566], เข้าได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N21-09-61-1.aspx>
3. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิรดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, เพ็ญนา พิสัยพันธ์, และอรัญญา นามวงศ์. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563; 17:581-595.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. การขับเคลื่อนมาตรการรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนของประเทศไทย ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566]. เข้าได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/3/1649>
5. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2566], เข้าได้จาก: <http://www.hed.go.th/linkHed/448>
6. นันทวัน เทียนแก้ว, อัมพร ศรีย่าภัย. การศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพ การออกกำลังกาย และสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2564; 10:42-51.
7. ชลลดา บุตรวิชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก, 2561.
8. อุกฤษฏ์ อำไพพันธ์, สุรีย์ จันทรมณี, และประภาเพ็ญ สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563; 5:1-19.
9. กิตติภักดิ์ เจ็งฮั่ว, ฤกษ์ชัย สังข์ทอง, นริศรา ใจดี, วารินาถ เจริญธีรวิทย์, และอภิศรา เขียวประแดง. การช้ยาไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ประเทศไทยในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง: ความชุก รายการยา และปัจจัยสัมพันธ์. วารสารไทยเภสัชวิทยานิตยสาร 2562; 14:49-63.
10. ปิยะวัน วงษ์บุญหนัก, ปวีณา ว่องตระกูล, หารษา มหามงคล, และอรัญญา เนียมขำ. การสำรวจปัญหาและพฤติกรรมการช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนศิระชะจะเข้้น้อย จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร มจร.วิชาการ 2559; 20:97-108.

11. ชนินทรภร เต็มรัตน์, พินทุ สุวรรณมณี. การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2559; 36:148-158.
12. ณัฐสุนนท์ ทวีสิน, ธรยศพงศ์ วงษ์สวัสดิ์. บทบาทการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยุคใหม่ ในเขตชุมชนทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร.วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ 2562;115-128.
13. ชณิตา สุริอาจ, ปรียกมล รัชกุล, และवलดา ทองใบ. การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพของผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก. วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร 2557; 20:372-387.
14. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ย. 2566]. เข้าได้จาก: <https://thaitgri.org/?p=40208>
15. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ“สุขภาพดี” [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2566]. เข้าได้จาก: https://www.dop.go.th/download/formdownload/th1529476181-813_3.pdf
16. ตริธันว์ ศรีวิเชียร. การศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559; 6:119-130.
17. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แชนดี เพรส จำกัด, 2562: 1-67.
18. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. Fall Data ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม (W00-W19) ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 พ.ย. 2566], เข้าได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&dept-code=>
19. ธีรภัทร อัดวินิจตระการ, และชานนท์ อิมอาบ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562; 38:288-298
20. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สันทนาการพิมพ์; 2562: 1-69.