

รายงานการวิจัย

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

Health assessment of elderly population among the Thai Hill-tribe people, Chiang Rai, Thailand

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย อภิเดชกุล

อาจารย์ ฐาปกรณ์ เรือนใจ

อาจารย์สิตางค์ คงกระโทก

อาจารย์อ่อน ลายเงิน

ศูนย์ความเป็นเลิศสุขภาพชนชาติพันธุ์

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 2558



รายงานการวิจัย

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

Health assessment of elderly population among the Thai Hill-tribe people, Chiang Rai, Thailand

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย อภิเดชกุล

อาจารย์ ฐาปกรณ์ เรือนใจ

อาจารย์สิตางค์ คงกระโทก

อาจารย์อ่อน ลายเงิน

ศูนย์ความเป็นเลิศสุขภาพชนชาติพันธุ์

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ 2558

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยโครงการการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย ขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 2,145,000 บาท (สองล้านหนึ่งแสนสี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) ในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งทำให้โครงการวิจัยมีการดำเนินลุล่วงตามวัตถุประสงค์อย่างดี

คณะผู้วิจัยยังต้องขอบคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณบดีวิทยาศาสตร์สุขภาพและคณะนักวิจัยจากศูนย์ความเป็นเลิศการวิจัยสุขภาพชนชาติพันธุ์ ที่ให้การสนับสนุน ในเรื่องอาคารสถานที่ การสนับสนุนเวลาในการทำการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

ทางคณะผู้วิจัยต้องขอขอบคุณผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ ฯลฯ ที่ได้รับความร่วมมือในเรื่องการอำนวยความสะดวกในด้านของการเตรียมสถานที่การนัดหมายและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ทำให้การวิจัยลุล่วงตามวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งไว้ได้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธวัชชัย อภิเดชกุล

ผู้อำนวยการแผนงานวิจัย

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา 6 เผ่าหลัก คือ อาข่า ลาหู่ เย้า ม้ง กะเหรี่ยงและลีซอ ที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน การตรวจร่างกาย การตรวจตัวอย่างน้ำ การตรวจสภาพแวดล้อมด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ เพื่อประเมินระดับสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความปลอดภัยที่อยู่อาศัยและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 793 ราย จาก 61 หมู่บ้าน เป็น เพศหญิงร้อยละ 50.4 ร้อยละ 93.9 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 51.7 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35.2 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 71.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 66.8 มีสถานะภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 70.5 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 62.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ร้อยละ 89.2 มีรายได้ ≤ 5,000 บาทต่อเดือน **ในด้านสุขภาพร่างกาย** ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 ดื่มสุรา ร้อยละ 14.6 รับประทานอาหารดิบๆ ร้อยละ 44.9 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 23.8 ส่วนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 16.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.1 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ และร้อยละ 12.5 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 45.0 มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 ร้อยละ 6.8 มีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 4.5 มีประวัติการเป็นวัณโรค ร้อยละ 9.7 มีต้อกระจก ร้อยละ 28.7 มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 43.3 มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและการเคี้ยว ผลการตรวจประเมินเลือด พบว่า ร้อยละ 8.8 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 25.7 มีระดับกรดยูริคสูงกว่าปกติ ร้อยละ 31.5 มีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ และร้อยละ 21.5 มีระดับไตรกลีเซอร์ไรด์สูงกว่าปกติ **ในด้านสุขภาพจิต**พบว่าความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 ร้อยละ 50.2 จากแบบทดสอบ MINI-COG ร้อยละ 64.4 และ Modified IQCODE ร้อยละ 23.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (OR_{adj} =1.44, 95%CI=1.01-2.06) เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานหรือยังประกอบอาชีพในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.9 ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุรี่แต่เลิกสูบแล้วในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (OR_{adj} =1.95, 95%CI=1.04-3.62) และผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ (OR_{adj} =1.92, 95%CI=1.13-3.27) **ในด้านความปลอดภัยที่อยู่อาศัย** ชุมชนมีถนนแคบ ร้อยละ 63.3 ถนนสูงชัน ร้อยละ 33.3 ไม่มีราวกันตก ร้อยละ 28.3 และ ร้อยละ 76.7 สามารถเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลได้ภายใน 15 นาที แต่ ร้อยละ 60.0 ไม่มีรถโดยสารสาธารณะบริการ ด้านภัยพิบัติ พบว่า ร้อยละ 86.7 ประสบภัยแล้ง ร้อยละ 66.7 ประสบภัยพิบัติแผ่นดินไหว ร้อยละ 61.7 ประสบภัยพิบัติพายุลมแรง และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 24.9 เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 18.8 มีประวัติสะดุด ลื่นล้มหกล้ม จุดเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ สภาพพื้นผิวทางเดินรอบบ้านและทางไปห้องน้ำ ร้อยละ 60.3 ของห้องน้ำ ร้อยละ 68.4 ของห้องครัว และร้อยละ 77.2 ของห้องโถง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 43.8 ใช้น้ำประชาในการบริโภค และร้อยละ 73.8 ใช้น้ำประปาภูเขาในการอุปโภค และร้อยละ 83.0 พบมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม (ร้อยละ 83) การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย พบปัญหาสัตว์รบกวนมากที่สุดคือ ยุง (ร้อยละ 58.5) และแหล่งปฏิกูลและแหล่งนำโรคที่สำคัญ คือ คอกสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 18.1) ร้อยละ 68.5 ใช้เครื่องปรุงอาหารที่มี

เครื่องหมาย อย. พื้นผิวในการประกอบอาหารเป็นไม้ (ร้อยละ 55.0) และพบว่ามีการเตรียมอาหารบนดิน ร้อยละ 8.7 ร้อยละ 53.5 ปรุงอาหารสูงจากพื้น **ในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ**จาก สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีบางส่วนที่ไม่มีสิทธิใดๆหรือใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้รายจ่ายในส่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 125.08 บาทต่อการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าเสียโอกาส คิดเป็น 1,515.95 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉลี่ยคิดเป็น 162.85 บาท/ครั้ง ส่วนในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงในระดับปานกลาง โดยความต่างทางด้านชาติพันธ์มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐพบว่าผู้สูงอายุคิดว่าจำนวนของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความพึงพอใจในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุขภาพทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แต่ในกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยในระดับต่ำ ในด้านความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงรายให้ระดับความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆในอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มประชากรผู้สูงอ่ายุชาวไทยภูเขาในประเทศไทยยังมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ดี

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ ชาวเขา สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความปลอดภัยที่อยู่อาศัย ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

Analytic cross-sectional study design was conducted to assess physical health, mental, quality of life, living safety environment, and level of access to health care services among the hill tribe elderly population aged ≥ 60 years old and lived in Chiang Rai province. A questionnaire, physical examination form, lux meter, 5 ml blood specimen were used for collecting data from the subjects. Chi-square and logistics regression were used for detecting the associations between variables. The study lasted for 1 year.

Results; 793 subjects were recruited into the study from 61 hill tribe villages. 50.4% were females, 93.9 % had Thai identification card, 81.7 were aged 60-69 years, 35.2 were aged 70-79 years, 71.5% were Buddhist, 93.8% were illiterate, 66.8% were married, 70.5% lived with relatives, 62.9% were unemployed, 89.2% had income ≤5,000 baht/month. Regarding physical health, 19.7% smoked, 14.6% drank alcohol 14.6% ate uncooked food, 44.9%were chewing betel. Regarding health behaviors, 23.8% had a low level of self-care knowledge, 14.1% had a low attitude in self-care, and 12.5% had a low level of healthy practice. 45.0% had BMI ≥ 23, 6.8% were disabled, 4.5% had a history of TB treatment, 9.7% had cataract, 28.7% had hearing problem, 43.3% had oral health problem. Laboratory results, 8.8% had glucose ≥ 126 mg/dL, 25.7% had uric acid ≥ 7, 31.5% had cholesterol ≥200 mg/dL, 21.5% had triglycerides ≥200 mg/dL. Prevalence of diabetes was 16.4%, and hypertension was 37.6%. Regarding mental health, the overall quality of life and mental health among the subjects were in a high level, however, in physical aspect, it was in a low level. The prevalence of cognitive impairment was 50.2 %, 64.4%, and 23.3%, which was assessed by MMSE-Thai 2002, MNI-COG, and Modified IQCODE respectively. Age had statistical significant association with cognitive impairment (OR_{adj}=1.44, 95%CI=1.01-2.06). The prevalence of depression among the hill tribe elderly was 32.9%. Two variables were found to be associated with depression a) those people who quit smoking were associated with depression (OR_{adj}=1.95, 95%CI=1.04-3.62), b) Low quality of life was associated with depression (OR_{adj}=1.92, 95%CI=1.13-3.27). Regarding living safety environment, 63.3% had narrowed 33.3% had a high slop road, 28.3% had no rail and 60.0% had no public transportation provided. 76.7% were ≤ 15 minutes far from a health care center. Regarding disaster, 86.7% were drought, 66.7 were earthquakes, and 61.7 were storm. 24.9% had injuries in a previous year, among them 17.8% had a fall, and most occurred around the residential area including the pathway to restroom. 60.3% of toilet, 68.4% of kitchen, and 77.2 of living rooms had been defined as under the standard lighting level. 43.8% of water supply and 73.8% of drinking water were untreated ground-water, and 83.0% of all sources of water had been contaminated by coli form bacteria. Regarding living sanitation, 58.5% had a mosquito, 18.1% had a corral nearby their home, 68.5% used no food-and –drug certificated food, 55.0% prepared their food on a wood surface material, and 8.7% prepared their food on a floor. Regarding the rights of access to health care services, most of them were under subsidized of the Thai universal coverage program. Due to lack of Thai citizenship, a few proportion of them had no free support from the Thai health care system. As a result, they used private clinics. The average cost of access to health care service per visit was 125.08 baht, 1,515.95 baht for indirect and opportunity costs, and 162.85 baht for transportation to a hospital. Regarding the level of access to health care, it was found that the hill tribe elderly populations had a middle level of satisfaction in access to Thai health care service, and statistically different satisfaction levels to access health care system between tribes. There was in “a middle satisfaction” in the aspect of individual perception of the sufficiency of numbers of health professional and health care setting. In the aspect of expenses of treatment including both direct and indirect costs were in a high level of their satisfaction, however, among the non-Thai citizen was in low satisfaction level in access to

health care services. Finally, in the aspect of the convenience of access to health care service, we found that both accessibility and acceptability were dropped in a middle satisfaction level.

In conclusion, health promotion program developments are in need for improving health and well-being among the hill tribe elderly population.

Keywords: Elderly population, Hill tribe, Physical health, Mental health, Living safety environment, Access to health care

สารบัญ

บทคัดย่อ 2
บทนำรวม(แผนงานวิจัย) 11
โครงการย่อยที่ 1 โครงการการประเมินภาวะสุขภาพกาย 17
บทคัดย่อ 18
บทที่ 1 บทนำ 20
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 26
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 49
บทที่ 4 ผลการวิจัย 53
บทที่ 5 อภิปรายและการวิจารณ์ผล 95
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 99
บรรณานุกรม 103
ภาคผนวก 106
ค. ส่วนประกอบตอนท้าย 111
โครงการย่อยที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต 112
บทคัดย่อ 113
บทที่ 1 บทนำ 115
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 120
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 140
บทที่ 4 ผลการศึกษา 145
บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผล 194
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 207
บรรณานุกรม 212
ภาคผนวก 220
ค. ส่วนประกอบตอนท้าย 237
โครงการย่อยที่ 3 การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัย 238
บทคัดย่อ 239
บทที่ 1 บทนำ 241
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 248
บทที่ 3 ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย 262
บทที่ 4 ผลการวิจัย 265
บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผล 340
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 344

บรรณานุกรม....346
ภาคผนวก....350
ค. ส่วนประกอบตอนท้าย....364
โครงการย่อยที่ 4 การประเมินการเข้าถึงระบบสุขภาพ....365
บทคัดย่อ....366
คำอธิบายลักษณะและคำย่อที่ใช้ในการวิจัย....368
บทที่ 1 บทนำ....369
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง....372
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย....392
บทที่ 4 ผลการวิจัย....396
บทที่ 5 อภิปรายและวิจารณ์ผลการวิจัย....423
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ....426
บรรณานุกรม....428
ภาคผนวก....432
ค. ส่วนประกอบตอนท้าย....439
แบบสรุปผู้บริหาร....440
บทคัดย่อ....448
แบบสรุปสำหรับประชาสัมพันธ์....452
แบบสรุปแผนงานและโครงการย่อย (5บรรทัด)....458

สารบัญตาราง

บทคัดย่อ 2
บทนำรวม(แผนงานวิจัย) 11
โครงการย่อยที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพกาย 17
ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป 53
ตารางที่ 2 การกระจายของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ 56
ตารางที่ 3 ระดับความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่าง 57
ตารางที่ 4 จากตางเปรียบเทียบเพศกับโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข 58
ตารางที่ 5 ผลการประเมินโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่าง 59
ตารางที่ 6 ผลการประเมินโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง 60
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขกับเพศ 61
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายกลุ่มชาติพันธุ์ 62
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามกลุ่มชาติพันธุ์ 63
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามเพศ 65
ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศคติ และการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพระหว่างชนเผ่า 67
ตารางที่ 12 ผลการตรวจประเมินสุขภาพร่างกาย 69
ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบเพศ อายุ และดัชนีมวลกายกับประวัติการหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา 72
ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบเพศ อายุ และดัชนีมวลกายกับ 5 Times Sit-to-Stand Test 73
ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบเพศ อายุ และดัชนีมวลกายกับ Timed Up and Go Test (TUG) 74
ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพกับเพศ 75
ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพกับกลุ่มอายุ 76
ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพกับกลุ่มชาติพันธุ์ 77
ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับ Simple logistic regression 78
ตารางที่ 20 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับ Multiple logistic regression 81
ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 82
ตารางที่ 22 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ใน Multiple logistic regression 85
ตารางที่ 23 อัตราส่วนการใช้สมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ 87
โครงการย่อยที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต 112
ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งหมด 147
ตารางที่ 1.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์อาข่า 147
ตารางที่ 1.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์ลาหู่ 148
ตารางที่ 1.3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์ม้ง 148
ตารางที่ 1.4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์เย้า 149

ตารางที่ 1.5 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์กระเหรี่ยง 149
ตารางที่ 1.6 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์ลีซู 150
ตารางที่ 2 คะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไทยภูเขาจำแนกตามชาติพันธุ์ 151
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 152
ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 153
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 154
ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมใน Simple logistic regression 155
ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมใน Multiple logistic regression 160
ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายใน Simple logistic regression 161
ตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายใน Multiple logistic regression 165
ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใน Simple logistic regression ... 166
ตารางที่ 11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใน Multiple logistic regression. 171
ตารางที่ 12 ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยภูเขา 172
ตารางที่ 13 ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) จำแนกตามชาติพันธุ์ 173
ตารางที่ 14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องใน Simple logistic regression 175
ตารางที่ 15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องใน Multiple logistic regression ... 178
ตารางที่ 16 ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 179
ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 180
ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงใน Simple logistic regression 181
ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน Simple logistic regression 182
ตารางที่ 20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน Multiple logistic regression 187
ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงใน Simple logistic regression 188
ตารางที่ 22 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดังรุนแรงใน Multiple logistic regression 193
โครงการย่อยที่ 3 การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัย 238
ตารางที่ 1 ลักษณะชุมชน 265
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของชุมชนตามกลุ่มชาติพันธุ์ 267
ตารางที่ 3 การประสบภัยพิบัติของหมู่บ้านตัวอย่างจำแนกตามประเภทภัยพิบัติ 274
ตารางที่ 4 การประสบภัยพิบัติจำแนกตามหมู่บ้าน 275
ตารางที่ 5 การเกิดภัยพิบัติกับทำเลที่ตั้ง 276
ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 280
ตารางที่ 7 การกระจายตัวของลักษณะที่อยู่อาศัยในแต่ละชาติพันธุ์ 291
ตารางที่ 8 ความเข้มของแสงสว่างที่เอื้อต่อการมองเห็น 297
ตารางที่ 9 ระบบไฟฟ้าในบ้านเรือน 299

ตารางที่ 10 ความปลอดภัยในห้องนอน 305
ตารางที่ 11 ความปลอดภัยในห้องน้ำ 307
ตารางที่ 12 ความปลอดภัยในห้องครัว 314
ตารางที่ 13 ความปลอดภัยในห้องโถง ห้องรับแขก 317
ตารางที่ 14 การสุขาภิบาลที่พักอาศัยในบริเวณบ้านเรือนและชุมชนของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 325
ตารางที่ 15 ปริมาณแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มทั้งหมด (Total Coliform Bacteria : TCB) 332
ตารางที่ 16 การสุขาภิบาลอาหารในบริเวณบ้านเรือนและชุมชนของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 338
โครงการย่อยที่ 4 การประเมินการเข้าถึงระบบสุขภาพ 365
ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางสังคม ประชากร 396
ตารางที่ 2 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย 398
ตารางที่ 3 ประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา 398
ตารางที่ 4 ประวัติการใช้ยาเสพติด 399
ตารางที่ 5 โรคประจำตัวและสถานะสุขภาพ 399
ตารางที่ 6 สถานะการประกันสุขภาพ 401
ตารางที่ 7 รูปแบบการรักษาและสถานพยาบาลที่ใช้บริการ 402
ตารางที่ 8 สถานะทางเศรษฐกิจและรายจ่ายทางด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ 403
ตารางที่ 9 รายรับและหนี้สินแยกตามเผ่า 404
ตารางที่ 10 ระดับและคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพในความรับรู้ของผู้สูงอายุ 406
ตารางที่ 11 ระดับและคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลในความรับรู้ของผู้สูงอายุ 409
ตารางที่ 12 ระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ 412
ตารางที่ 13 ระดับการรับรู้ความเพียงพอของสถานบริการและบุคราการทางการแพทย์ 413
ตารางที่ 14 ระดับความพึงพอใจค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 414
ตารางที่ 15 ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ 415
ตารางที่ 16 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 416
ตารางที่ 17 ปัจจัยทางด้านการมีสัญชาติไทยต่อระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านต่างๆ 417

บทนำรวม(แผนงานวิจัย)

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ความชราเป็นสิ่งที่ทุก ๆ คนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความชรามักจะเกี่ยวโยงไปถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางสรีรวิทยาของร่างกายมีสภาพการเสื่อมของระบบอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเกณฑ์ขึ้นเพื่อใช้กันทั่ว ๆ ไปว่าคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2006) ในปัจจุบันได้เพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2557 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) มีผู้สูงอายุถึง 9.92 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 15.30 ของประชากรทั่วประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอายุเฉลี่ยปัจจุบัน (กรมอนามัย, 2557) เพศชาย คือ 75.96 ปี เพศหญิง คือ 82.66 ปี โดยภาพรวมเป็น 79.31 ปี เมื่อคนเราอายุมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ ก็จะเสื่อมตามวัย การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรังและเป็นหลาย ๆ โรคพร้อม ๆ กัน หากการดูแลรักษาไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้นไม่ดี ดังนั้นการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการสุขภาพในมิติต่าง ๆ เช่น คุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข จึงสามารถนำมาพัฒนาระบบการบริการ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตอย่างทรงคุณค่าและมีศักดิ์ศรีตลอดอายุขัย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรชายขอบ เช่น ชาวไทยภูเขา ซึ่งกลุ่มประชากรเหล่านี้ประสบปัญหาพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตอยู่แล้ว เช่น การเข้าถึงทรัพยากร ปัญหาการศึกษาและการสื่อสาร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณค่าและศักดิ์ศรีการเป็นคน การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในสังคมไม่ได้เป็นไปตามแผนแม่บทของการพัฒนาสังคมของประเทศ

ตามในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) ซึ่งจะยังคงยึด คนเป็นศูนย์กลางของ การพัฒนา เพื่อมุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน โดยนำแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาปฏิบัติ ดังนั้น “คน” เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาและเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าประสงค์ ที่ต้องการการพัฒนาคุณภาพคนให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งกายและใจ การพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล จนนำไปสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง จึงต้องศึกษาพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวม และสัมพันธ์เชื่อมโยงระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกมิติของการพัฒนาตลอดทั้งเรียนรู้ เพื่อจะสามารถพัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยการจัดการองค์ความรู้ทุกด้าน และพัฒนาแผนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานข้อมูลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัยและการเข้าถึงบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

สัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 15.30 ในปี 2557 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นเท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่ง ในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว จากการคาด ประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า พบว่าปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่ง

ต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี2562 หรือประมาณ 10 ปีข้างหน้า ในด้านของการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วนั้น สถานบริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง นอกจากนี้การสำรวจปี 2550 พบว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้ดูแลตอบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลแต่โดยลำพังในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวเริ่มลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

ชาวไทยภูเขา เป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มที่อพยพลงมาจากทางภาคใต้ของประเทศจีนและมาตั้งรกรากที่ประเทศไทยโดยประมาณ 150 ปี ซึ่งถือเป็นคนไทยกลุ่มหนึ่ง ปัจจุบันอาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือและภาคกลางตอนบนกระจายใน 20 จังหวัดของประเทศ โดยประมาณมีจำนวนทั้งหมด 800,000 คน และอาศัยอยู่ในจังหวัด เชียงราย เชียงใหม่และพะเยาร้อยละ 70 ของประชากรชาวไทยภูเขาทั้งหมด ส่วนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ปี 2556 มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ทั้งหมด 6 ชนเผ่าหลัก กล่าวคือ ลาหู่(มูเซอ) อาข่า(อีก้อ) ลีซู กะเหรี่ยง เย้า และม้ง กระจาย ประชากรทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 647 หมู่บ้าน โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและอำเภอแม่จันจำนวน3,095ครัวเรือน ซึ่งแต่ละชนเผ่าจะมีวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา ประเพณี ความเชื่อที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามในประชากรเหล่านี้ยังมีบางส่วนที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทยซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปกติแล้วกลุ่มบุคคลดังกล่าวอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนเมือง สามารถดำรงชีวิตตามวิถีประเพณีได้เป็นอย่างดี แต่ภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คนทุกคนในสังคมได้มีการเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร ตลอดทั้งการศึกษาทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดิ้นรนของคนวัยทำงานเพื่อให้คนในครอบครัวมีชีวิตอยู่รอดนำไปสู่การละทิ้งครอบคัว ชุมชน ผู้สูงอายุไว้ในหมู่บ้าน เป็นสภาพสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การพัฒนาด้านต่างๆ ที่คนในชุมชนชาวไทยภูเขาได้ประสบอยู่ในวันนี้ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมาอย่างมากมาย เช่น โรคติดต่อ การบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การละทิ้งผู้สูงอายุโดยไม่มีใครดูแล และประเด็นสำคัญที่สุดคือยังไม่มีระบบการเฝ้าระวังสุขภาพทั้งสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิต สภาพความปลอดภัยที่อยู่อาศัย ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สุงอายุเหล่านี้เป็นระบบ

การเฝ้าระวังสุขภาพร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยเป็นระบบเพื่อเข้าใจภาวะสุขภาพร่างกายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ไม่มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพเพื่อใช้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างชัดเจน จึงไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขามีอายุเฉลี่ยเท่าไร มีปัญหาภาวะสุขภาพอะไรบ้างทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่มีการศึกษาที่เป็นระบบ จึงไม่สามารถให้นักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญอื่น ๆทำวิจัยต่อยอด เพื่อการพัฒนาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

การเผ้าระวังภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ก็เช่นกันยังไม่มีผลการวิจัยเป็นที่แน่ชัดว่ากลุ่มบุคคลเหล่านั้นมีภาวะสุขภาพจิตตลอดทั้งคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ซึ่งกลุ่มนักวิจัยได้ให้ความสนใจและอยากเข้าศึกษาเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ทันสมัย โดยใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ทั้งนี้กลุ่มนักวิจัยมีความหวังว่าการได้มาซึ่งข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถเชื่อโยงการจัดการบริหารงานสาธารณสุขในระดับต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ทั่งในระดับครอบครัว ชุมชน อำเภอ จังหวัดแม้แต่ระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการเท่าเทียมกัน และมีการจัดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาระดับกลุ่มชนได้อย่างเหมาะสม

การประเมินความปลอดภัยที่อยู่อาศัยก็เป็นประเด็นทางกายภาพที่สำคัญประเด็นหนึ่งที่กลุ่มนักวิจัยให้ความสนใจ เพื่อทราบระดับความปลอดภัยในที่อยู่อาศัยของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มชาวไทยภูเขา การเข้าใจในบริบทของที่อยู่อาศัย ประมวลผลการวิเคราะห์กับลักษณะปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็น อยู่นั้นสามารถบอกได้ว่าในปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มชาวไทยภูเขา หรือกลุ่มชนชาติพันธุ์มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุอันเนื่องจากสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือไม่ ข้อมูลการวิจัยในส่วนนี้ผู้วิจัยมีความเชื่ออย่างยิ่งว่าสามารถนำไปสู่การจัดการส่งเสริมสุขภาพหรือสร้างความเข้าใจในการส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชนจัดที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของนักวิจัยที่ต้องการประเมินการเข้าถึงบริการสุภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในประชาชนชาวไทยภูเขา ว่ากลุ่มเหล่านั้นมีระดับการเข้าถึงสุขภาพเป็นอย่างไร มีความสะดวกหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทั่วถึงหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างต่อการเข้ารับบริการสุขภาพในขั้นแรกในฐานะการเป็นมนุษย์ มีศักดิ์ศรีและมีเกียรติในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดไว้ให้ในปัจจุบันอย่างไร มีระดับความรังเกียจจากผู้ให้บริการหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้การได้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในการประเมินครั้งนี้นำไปสู่การจัดการบริการที่เหมาะสม ประกอบกับประชากรในกลุ่มนี้บางส่วนไม่มีบัตรประชาชนแต่เขายังมีศักดิ์ศรีในฐานะการเป็นมนุษย์นั้นได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้นักวิจัยจึงได้วางกรอบการวิจัยในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในด้านร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยที่อยู่อาศัย และระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อใช้ในการต่อยอดการวิจัย ตลอดทั้งใช้ข้อมูลในการวางนโยบายพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรเหล่านั้นต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อยกระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย
3. เพื่อประเมินระดับความปลอดภัยสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย
4. เพื่อประเมินการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

ความเชื่อมโยงระหว่างโครงการวิจัยย่อย

แผนงานการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย โดยมี 4 โครงการย่อย คือ การประเมินภาวะสุขภาพกาย การประเมินสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัย และการประเมินการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต ระดับความปลอดภัยสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 6 ชนเผ่า คือ อาข่า ลาหู่ ม้ง กะเหรี่ยง เย้า และลีซอ จำนวน 793 คน จาก 61 หมู่บ้าน ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์และแบบประเมิน แบบสอบถาม ที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ทั้ง 4 โครงการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน โดยมีผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นนักวิจัยด้านต่างๆ เช่น ระบาดวิทยา เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข อาชีวอนามัยและความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลจะมีการวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลด้านต่างๆ เพื่อให้การประเมินสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปอย่างรอบด้าน และอธิบายปัจจัยต่างๆได้อย่างสมบูรณ์ โดยระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา 6 เผ่าหลัก คือ อาข่า ลาหู่ เย้า ม้ง กะเหรี่ยงและลีซอ ที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน การตรวจร่างกาย การตรวจตัวอย่างน้ำ การตรวจสภาพแวดล้อมด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ เพื่อประเมินระดับสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความปลอดภัยที่อยู่อาศัยและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 793 ราย จาก 61 หมู่บ้าน เข้าสู่การวิจัย เพศหญิงร้อยละ 50.4 ร้อยละ 93.9 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 51.7 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35.2 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 71.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 66.8 มีสถานะภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 70.5 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 62.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ร้อยละ 89.2 มีรายได้ ≤ 5,000 บาทต่อเดือน **ในด้านสุขภาพร่างกาย** ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 ดื่มสุรา ร้อยละ 14.6 รับประทานอาหารดิบๆ ร้อยละ 44.9 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 23.8 ส่วนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพพบว่า ร้อยละ 16.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.1 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ และร้อยละ 12.5 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 45.0 มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 ร้อยละ 6.8 มีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 4.5 มีประวัติการเป็นวัณโรค ร้อยละ 9.7 มีต้อกระจก ร้อยละ 28.7 มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 43.3 มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและการเคี้ยว ร้อยละ 33.5 ผลการตรวจประเมินเลือด พบว่า ร้อยละ 8.8 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 25.7 มีระดับกรดยูริคสูงกว่าปกติ ร้อยละ 31.5 มีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ และร้อยละ 21.5 มีระดับไตรกลีเซอร์ไรด์สูงกว่าปกติ ความชุกโรคเบาหวาน เท่ากับ ร้อยละ 16.4 ความชุกโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 37.6 และสัดส่วนการเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่างชนเผ่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ในด้านสุขภาพจิต**พบว่าความชุกของภาวะ

พุทธิปัญญาบกพร่องจากเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 ร้อยละ 50.2 จากแบบทดสอบ MINI-COG ร้อยละ 64.4 และ Modified IQCODE ร้อยละ 23.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (OR_{adj} =1.44, 95% CI=1.01-2.06) เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานหรือยังประกอบอาชีพในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบความชุกของภาวะซึมเศร้ารา ร้อยละ 32.9 ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุรี่แต่เลิกสูบแล้วในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (OR_{adj} =1.95, 95% CI=1.04-3.62) และผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ (OR_{adj} =1.92, 95% CI=1.13-3.27) **ในด้านความปลอดภัยที่อยู่อาศัย** ชุมชนมีถนนแคบ ร้อยละ 63.3 ถนนสูงชัน ร้อยละ 33.3 ไม่มีราวกันตก ร้อยละ 28.3 และ ร้อยละ 76.7 สามารถเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลได้ภายใน 15 นาที แต่ ร้อยละ 60.0 ไม่มีรถโดยสารสาธารณะบริการ ด้านภัยพิบัติ พบว่า ร้อยละ 86.7 ประสบภัยแล้ง ร้อยละ 66.7 ประสบภัยพิบัติแผ่นดินไหว ร้อยละ 61.7 ประสบภัยพิบัติพายุลมแรง และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 24.9 เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 18.8 มีประวัติสะดุด ลื่นล้มหกล้ม จุดเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ สภาพพื้นผิวทางเดินรอบบ้านและทางไปห้องน้ำ ร้อยละ 60.3 ของห้องน้ำ ร้อยละ 68.4 ของห้องครัว และร้อยละ 77.2 ของห้องโถง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 43.8 ใช้น้ำประชาในการบริโภค และร้อยละ 73.8 ใช้น้ำประปาภูเขาในการอุปโภค และร้อยละ 83.0 พบมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม(ร้อยละ 83) การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย พบปัญหาสัตว์รบกวนมากที่สุดคือ ยุง (ร้อยละ 58.5) และแหล่งปฏิกูลและแหล่งนำโรคที่สำคัญ คือ คอกสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 18.1) ร้อยละ 68.5 ใช้เครื่องปรุงอาหารที่มีเครื่องหมาย อย. พื้นผิวในการประกอบอาหารเป็นไม้ (ร้อยละ 55.0) และพบว่ามีการเตรียมอาหารบนดิน ร้อยละ 8.7 ร้อยละ 53.5 ปรุงอาหารสูงจากพื้น **ในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ** สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีบางส่วนที่ไม่มีสิทธิใดๆหรือใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้รายจ่ายในส่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 125.08 บาทต่อการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าเสียโอกาส คิดเป็น 1,515.95 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉลี่ยคิดเป็น 162.85 บาท/ครั้ง ส่วนในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงในระดับปานกลาง โดยความต่างทางด้านชาติพันธ์มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐพบว่าผู้สูงอายุคิดว่าจำนวนของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความพึงพอใจในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุขภาพทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แต่ในกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยในระดับต่ำ ในด้านความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงรายให้ระดับความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆในอยู่ในระดับปานกลาง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ประโยชน์ด้านวิชาการ

ในการวิจัยครั้งได้ข้อมูลเชิงวิชาการทางสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ทั้งข้อมูลสุขภาพร่างกาย สถานะสุขภาพจิตใจ ระดับความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย ความเสี่ยงต่อภัยพิบัติธรรมชาติ ความปลอดภัยในน้ำอุปโภคบริโภค และข้อมูลทางด้านระดับการเข้าถึงและความพึงพอใจในการเข้ารับการบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐ

2. ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ/พาณิชย์

ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การปรับปรุง พัฒนารูปแบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ตลอดทั้งสามารถนำไปวางเป็นกรอบนโยบายในการให้บริการของสถานบริการที่มีประชากรเหล่านี้ ซึ่งผลของการวางระบบบริการที่มีประสิทธิภาพจะนำไปซึ่งความมีสุขภาพดีของกลุ่มประชากรไทยและสามารถสร้างรายได้แครอบครัว ชุมชน สังคม ต่อไปได้

3. ประโยชน์ด้านสังคม ชุมชน

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเชื่อมโยงฐานความรู้จากวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ การสาธารณสุข จนถึงการสร้างมาตรฐานรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยประชาชน ชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นการสร้างประโยชน์แก่บุคคลชุมชนอย่างแท้จริง ทำให้ชุมชนมีทักษะในการวิจัย ค้นหาความจริง การสร้างแนวคิดและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เป็นระบบ ได้เป็นอย่างดี

4. การเผยแพร่ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้วางแผนในการเผยแพร่วิธีการต่างๆรวมทั้งการตีพิมพ์วารสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในวงวิชาการต่อไป

หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรชายขอบได้

2. ชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำไปประยุกต์ในในพื้นที่ต่าง ๆ ได้

3. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงสามารถนำผลการวิจัยในการเผยแพร่และสามารถจดสิทธิบัตร หรืออื่นๆ ได้

โครงการย่อยที่ 1
โครงการการประเมินภาวะสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยโดย Analytic cross-sectional study design เพื่อประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย ระดับความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพและตัวอย่างเลือด 5 ซีซี เพื่อวิเคราะห์ Cholesterol, Uric acid, Triglyceride, Glucose และใช้ Chi-square และ Logistic regression ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

อัตราความชุกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 พฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 14.6 และร้อยละ 10.1 ไม่ออกกำลังกาย อัตราความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.4 และอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.6 ชาติพันธุ์ลาหู่ (OR_{adj} =2.88, 95%CI = 1.31 – 6.34) เย้า (OR_{adj} =3.03, 95%CI = 1.36 – 6.73) กะเหรี่ยง (OR_{adj} =5.30, 95%CI = 2.45 – 11.42) ลีซู (OR_{adj} =2.72, 95%CI = 1.21 – 6.09) มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าอาข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทำอาชีพเหมือนออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย (OR_{adj} =0.52, 95%CI = 0.27 – 1.00) กลุ่มที่เป็นโรคอ้วน มีโอกาสที่เสี่ยงโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ (OR_{adj} =1.83, 95%CI = 1.15 – 2.90) กลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (OR_{adj} =2.08, 95%CI = 1.35 – 3.18) และกลุ่มที่มีค่าไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงมีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคบาหวานได้มากกว่ากลุ่มที่มีค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดต่ำ (OR_{adj} =1.76, 95%CI = 1.11 – 2.78) หลังจากควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆแล้ว ชาติพันธุ์ม้งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าอาข่า (OR_{adj} =0.37, 95%CI = 0.21 – 0.65) กลุ่มช่วงอายุ 70-79 ปี และ อายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอายุช่วง 60-69 ปี (OR_{adj} =1.60, 95%CI = 1.14 – 2.24; OR_{adj} =2.23, 95%CI =1.38 – 3.59) กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ (OR_{adj} =2.00, 95%CI = 2.11 – 3.80) และกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (OR_{adj} =1.87, 95%CI = 1.22 – 2.86) หลังจากควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ แล้ว

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ (Elderly) ชาวไทยภูเขา (Thai Thai-hill tribe) การประเมิน (Assessment) สุขภาพกาย (Physical health)

Abstract

Analytic cross-sectional study design was conducted to assess physical health, KAP, local wisdom of traditional medicines for self-care among the hill tribe elderly populations aged ≥ 60 years old and lived in Chiang Rai province. A questionnaire and 5 ml blood specimen were collected to identify for Cholesterol, Uric acid, Triglyceride, and Glucose levels. A Chi-square and logistics regression were used for detecting the associations between variables.

19.7% smoked, 14.6% drank, and 10.1% had irregular exercise. 16.4% had diabetes and 37.6% had hypertension. Those who belonged to Lahu tribe (OR_{adj} =2.88, 95% CI = 1.31 – 6.34), Yao (OR_{adj} =3.03, 95% CI = 1.36 – 6.73), Karen (OR_{adj} =5.30, 95% CI = 2.45 – 11.42), Lisu (OR_{adj} =2.72, 95% CI = 1.21 – 6.09) had a greater chance to develop diabetes compared with Ahka tribe with statistical significance. Subjects who had exercised job had a greater chance to develop diabetes than those who did not (OR_{adj} =0.52, 95% CI = 0.27 – 1.00). Obese group had a greater chance to develop diabetes than normal weight group (OR_{adj} =1.83, 95% CI = 1.15 – 2.90). Those who had hypertension had a greater chance to develop diabetes than those who did not (OR_{adj} =2.08, 95% CI = 1.35 – 3.18), and those who had a higher than standard level had a greater chance to develop diabetes than those normal level (OR_{adj} =1.76, 95% CI = 1.11 – 2.78), after control for all possible confounding factors. Those who belonged to Hmong tribe had a greater chance to develop hypertension than Ahka (OR_{adj} =0.37, 95% CI = 0.21 – 0.65). Subjects aged "70-79 years old" and "≥80 years old" groups had a greater chance to develop hypertension than those who aged "60-69 years old" with OR=1.60 (95% CI = 1.14 – 2.24) and OR=2.23 (95% CI =1.38 – 3.59) respectively. Those who were obese had a greater chance to develop hypertension than normal weight group (OR_{adj} =2.00, 95% CI = 2.11 – 3.80), and those who had diabetes had a greater chance to develop hypertension (OR_{adj} =1.87, 95% CI = 1.22 – 2.86) after control for all possible confounding factors.

Health behavioral change program development is needed to reduce diabetes and hypertension diseases among the hill tribe elderly populations.

Key words: Elderly, Thai-hill tribe, Assessment, Physical health

บทที่ 1
บทนำ

1.1หลักการเหตุผล

ความชราเป็นสิ่งที่ทุก ๆ คนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความชรามักจะเกี่ยวโยงไปถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางสรีรวิทยาของร่างกายมีสภาพการเสื่อมของระบบอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเกณฑ์ขึ้นเพื่อใช้กันทั่ว ๆ ไปว่าคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2006) ในปัจจุบันได้เพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2557 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) มีผู้สูงอายุถึง 9.92 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 15.30 ของประชากรทั่วประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอายุเฉลี่ยปัจจุบัน (กรมอนามัย, 2557) เพศชาย คือ 75.96 ปี เพศหญิง คือ 82.66 ปี โดยภาพรวม เป็น 79.31 ปี เมื่อคนเราอายุมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ ก็จะเสื่อมตามวัย การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรังและเป็นหลาย ๆ โรคพร้อม ๆ กัน หากการดูแลรักษาไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้นไม่ดี ดังนั้นการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการสุขภาพในมิติต่าง ๆ เช่น คุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข จึงสามารถนำมาพัฒนาระบบการบริการ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตอย่างทรงคุณค่าและมีศักดิ์ศรีตลอดอายุขัย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรชายขอบ เช่น ชาวไทยภูเขา ซึ่งกลุ่มประชากรเหล่านี้ประสบปัญหาพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตอยู่แล้ว เช่น การเข้าถึงทรัพยากร ปัญหาการศึกษาและการสื่อสาร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณค่าและศักดิ์ศรีการเป็นคน การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในสังคมไม่ได้เป็นไปตามแผนแม่บทของการพัฒนาสังคมของประเทศ

ตามในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) ซึ่งจะยังคงยึด คนเป็นศูนย์กลางของ การพัฒนา เพื่อมุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน โดยนำแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาปฏิบัติ ดังนั้น “คน” เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาและเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าประสงค์ ที่ต้องการการพัฒนาคุณภาพคนให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งกายและใจ การพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล จนนำไปสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง จึงต้องศึกษาพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวม และสัมพันธ์เชื่อมโยงระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกมิติของการพัฒนาตลอดทั้งเรียนรู้ เพื่อจะสามารถพัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยการจัดการองค์ความรู้ทุกด้าน และพัฒนาแผนงานสาธารณสุขโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานข้อมูลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัยและการเข้าถึงบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

สัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 15.30 ในปี 2557 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่ง ในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์, 2557) จะเป็นผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว จากการคาด ประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง จากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าพบว่าปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี2562 หรือประมาณ 10 ปีข้างหน้า (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์, 2557) ในด้านของการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วนั้น สถานบริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง นอกจากนี้การสำรวจปี 2550 พบว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้ดูแลตอบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลแต่โดยลำพัง ในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวเริ่มลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์, 2557)

ชาวไทยภูเขา เป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มที่อพยพลงมาจากทางภาคใต้ของประเทศจีนและมาตั้งรกรากที่ประทศไทยโดยประมาณ 150 ปี ซึ่งถือเป็นคนไทยกลุ่มหนึ่ง ปัจจุบันอาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือและภาคกลางตอนบนกระจายใน 20 จังหวัดของประเทศ โดยประมาณมีจำนวนทั้งหมด 800,000 คน และอาศัยอยู่ในจังหวัด เชียงราย เชียงใหม่และพะเยาร้อยละ 70 ของประชากรชาวไทยภูเขาทั้งหมด ส่วนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ปี 2556 มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ทั้งหมด 6 ชนเผ่าหลัก กล่าวคือ ลาหู่ (มูเซอ) อาข่า (อีก้อ) ลีซู กะเหรี่ยง เย้า และม้ง กระจาย ประชากรทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 647 หมู่บ้าน โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและอำเภอแม่จันจำนวน 3,095 ครัวเรือน (ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา, 2557) ซึ่งแต่ละชนเผ่าจะมีวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา ประเพณีความเชื่อที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามในประชากรเหล่านี้ยังมีบางส่วนยังไม่ได้รับสัญชาติไทยซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปกติแล้วกลุ่มบุคคลดังกล่าวอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนเมือง สามารถดำรงชีวิตตามวิถีประเพณีได้เป็นอย่างดี แต่ภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คนทุกคนในสังคมได้มีการเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร ตลอดทั้งการศึกษาทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดิ้นรนของคนวัยทำงานเพื่อให้คนในครอบครัวมีชีวิตอยู่รอดนำไปสู่การละทิ้งครอบคัว ชุมชน ผู้สูงอายุไว้ในหมู่บ้าน เป็นสภาพสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การพัฒนาด้านต่างๆ ที่คนในชุมชนชาวไทยภูเขาได้ประสบอยู่ในวันนี้ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอย่างมากมาย เช่น โรคติดต่อ การบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การละทิ้งผู้สูงอายุโดยไม่มีใครดูแล และประเด็นสำคัญที่สุดคือยังไม่มีระบบการเฝ้าระวังสุขภาพทั้งสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิต สภาพความปลอดภัยที่อยู่อาศัย ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นระบบ

การเฝ้าระวังสุขภาพร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยเป็นระบบเพื่อเข้าใจภาวะสุขภาพร่างกายและการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ไม่มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพเพื่อใช้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอย่างชัดเจน จึงไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่ากลุ่ม

ประชากรผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขามีอายุเฉลี่ยเท่าไร มีปัญหาภาวะสุขภาพอะไรบ้างทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่มีการศึกษาที่เป็นระบบ จึงไม่สามารถให้นักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญอื่น ๆทำวิจัยต่อยอด เพื่อการพัฒนาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงจึงได้ดำเนินการวิจัยในเรื่องนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลและจัดการระบบสุขภาพของประชากรเหล่านี้ ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากนักวิจัยอาวุโสทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ระดับนานาชาติ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

1.2.2 เพื่อประเมินระดับความรู้ ทัศคติและการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

1.2.3 เพื่อศึกษาด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

1.3 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ เพื่อการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายและศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรชาวไทยภูเขา (อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง เย้า ม้ง และลีซู) ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยมีขอบเขตการวิจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปร

ในการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและการตรวจร่างกายและเก็บตัวอย่างเลือดปริมาณ 5 ซีซี เพื่อตรวจระดับชีวเคมีที่สำคัญ เช่น Cholesterol, Uric acid, Triglyceride, Glucose เป็นต้น ทั้งนี้การเก็บข้อมูลยังรวมถึงการเก็บข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบๆ แหล่งน้ำดื่ม พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว มีการประเมินระดับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยในการได้มาจะเป็นการสุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้แต่ต้น จำนวน 600 คน โดยเป็นผู้สูงอายุชนเผ่าละ 100 คน และให้มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรชาวไทยภูเขาทั้ง 6 กลุ่ม เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของข้อมูลที่จะนำเสนอ

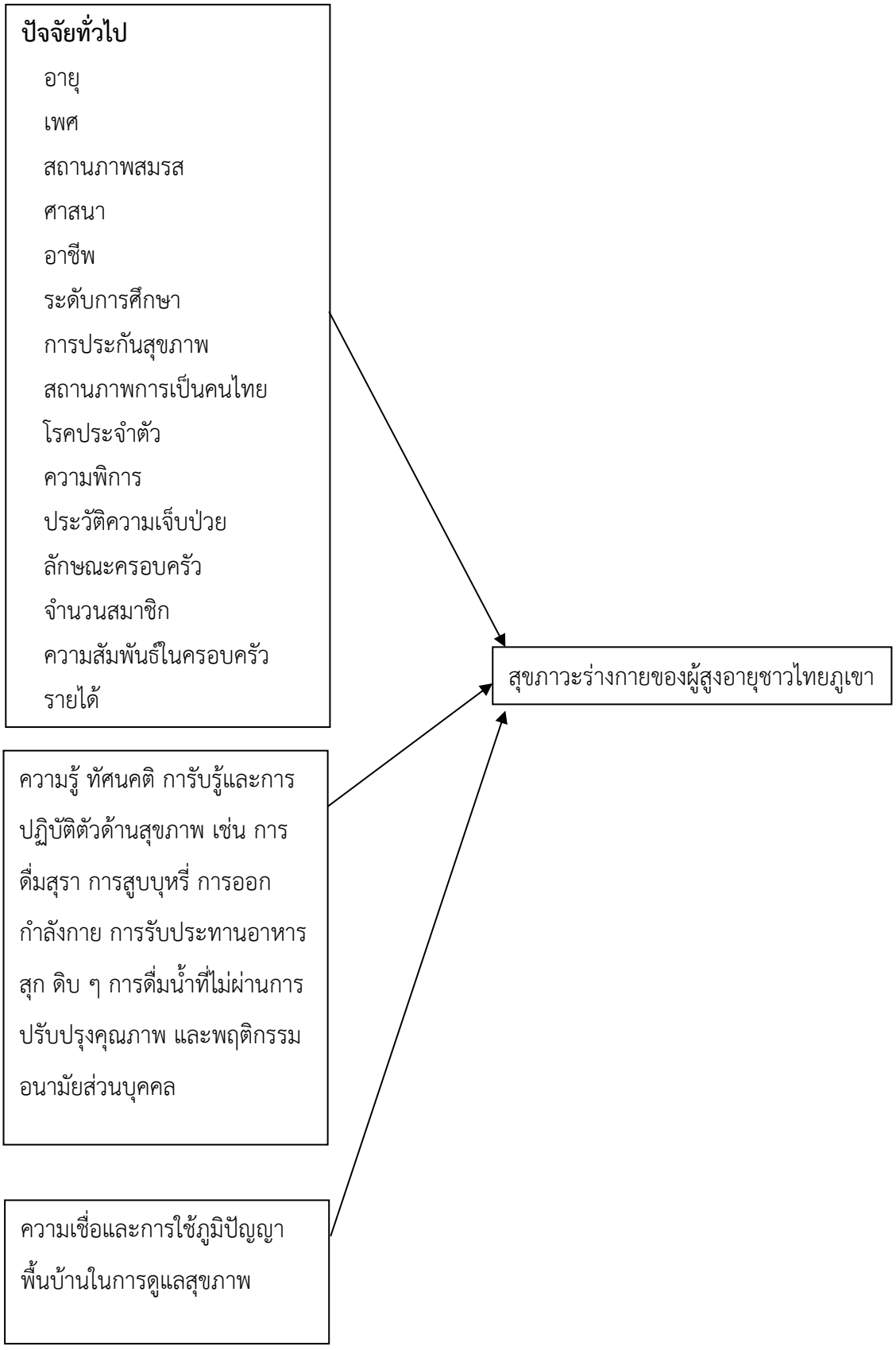
1.3.3 ขอบเขตด้านสถานที่

ขอบเขตด้านสถานที่ในการการวิจัยนั้นจะมุ่งเก็บข้อมูลจากพื้นที่ในจังหวัดเชียงราย โดยเฉพาะอำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่จัน อำเภอแม่สรวย อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเมืองซึ่งเป็นพื้นที่หลักของที่อยู่อาศัยของกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา

1.3.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ขอบเขตด้านระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 ปี

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย



1.5 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1.5.1 อายุ

หมายถึง อายุที่ไม่ใช้อายุที่ระบุไว้ในทะเบียนราษฎร์หรือในบัตรประชาชน แต่จะใช้อายุที่กลุ่มตัวอย่างได้บอกแก่นักวิจัย

1.5.2 ศาสนาพุทธ

หมายถึง ในการวิจัยนี้ ศาสนาพุทธจะรวมทั้งศาสนาผี คือ ผีบรรพบุรุษ

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดทางด้านสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดทางด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน

2.4 แนวคิดกลุ่มชาติพันธุ์หรือชาวไทยภูเขาในประเทศไทย และการดูแลสุขภาพ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่า นิยามภาวะผู้สูงอายุ 3 ประเด็น กล่าวคือ ภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของบุคคล โดยในการกำหนดอายุของผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยประเทศที่กำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนาผู้สูงอายุ จะเริ่มนับตั้งแต่ 50 ปี หรือ 55 ปี ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเริ่มนับภาวะผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีหรือ 65 ปี ขึ้นไป แต่โดยทั่วไป จะเริ่มนับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงที่เกษียณจากงานประจำแล้ว

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) ได้อธิบายถึงภาวะผู้สูงอายุว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยหรือความพิการเข้าร่วมด้วย ภาวะผู้สูงอายุจึงเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพ การเปลี่ยนแปลงหรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนี้ภาวะผู้สูงอายุยังเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเรียกกระบวนการดังกล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. ด้านสรีรวิทยา
2. ด้านจิตวิทยา
3. ด้านสังคมวิทยา

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 2 ส่วน คือ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงระบบภายในร่างกาย โดยมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย มีดังนี้

1.1.1 อวัยวะรับรสและกลิ่น มีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง

1.1.2 ตา มีความเปลี่ยนแปลงในการปรับสายตาต่อความมืดและความสว่างลดลง สายตาจะยาว นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะเป็นต้อกระจก

1.1.3 หู มีความสามารถในการได้ยินลดลง

1.1.4 สมอง เซลล์สมองจะตายไปและจำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ขนาดของสมองลดลง ปลายประสาทและใยประสาท
ลดลง ผลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมอง กล่าวคือ การรับความรู้สึก
น้อยลงและช้า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม หลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำ
เรื่องราวในอดีตได้กว่าปัจจุบัน

1.1.5 หัวใจ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืดและมีไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.6 หลอดเลือดหัวใจ ภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.7 ลิ้นหัวใจ แข็ง ตีบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติด ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง

1.1.8 ความดันโลหิต การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบภายในร่างกาย (ธรรมานวัตร์, 2552**)**

1.2.1 โครงร่าง

รูปร่าง จะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้แก่ หลังโก่งงอขึ้น หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงลดลง ไหล่จะแคบลง ทรวงอกลึกขึ้น กระดูกบริเวณสะโพกกว้างขึ้น น้ำหนักตัวลดลง เกิดรอยย่น ที่ใบหน้า หนังตาตก จมูกกว้างขึ้น หูยาว

กระดูกสันหลัง ของผู้หญิงจะเกิดการโก่งงอได้เร็วกว่าชายประมาณครึ่งหนึ่ง พบมากในสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุประมาณ 45 – 55 ปี ฮอร์โมนที่ลดลงไป มีส่วนให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูก และเป็นเหตุให้กระดูกขาท่อนบน และส่วนปลายของกระดูกแขนหักง่าย อีกทั้งเกิดภาวะกระดูกพรุนได้

ผิวหนังบางลง ผิวจะแตกง่าย เหงื่อออกน้อย การดูดซึมสิ่งต่างๆ ทางผิวหนังลดลง การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายทำได้ไม่ดี กลิ่นตัวลดลง เส้นผมบนศีรษะลดลง หงอกขาว

กล้ามเนื้อ มีการใช้งานน้อยลงและพบการขาดโปแตสเซียมในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ร่วมกับความเสื่อมของโปรตีนในกล้ามเนื้อและการขาดน้ำ ทำให้กำลังการหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงเหนื่อยได้ง่ายและไม่ค่อยมีเรี่ยวมีแรง จึงแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย เพื่อช่วยคืนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมทั้งเพิ่มการกินอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง และดื่มน้ำให้มากๆ

1.2.2 สมองและระบบประสาท

สมอง มีน้ำหนักลดลง หลงลืมง่ายขึ้น ความสามารถด้านการพูดจะลดลง ประสาทสัมผัส ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และรับรู้อุณหภูมิ ลดจำนวนลง ทำให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า จึงเป็นเหตุให้เกิดแผลได้ง่าย การรับกลิ่นรับรสลดลงไป ความสามารถในการทรงตัวลดลง มีอาการไม่สมดุลระหว่างที่เดิน จึงต้องเดินกางขาไว้เพื่อกันล้ม มีอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทางอิริยาบถ ประสาทอัตโนมัติและ

การสั่งเสื่อมลง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ เชื่องช้าลง เคลื่อนไหวช้าลง ตาจะตอบสนองต่อแสงน้อยลง หนาวสั่นได้ง่าย ตัวเย็นได้แม้จะไม่ได้รับความเย็นใดๆ จากภายนอก

1.2.3 ต่อมไร้ท่อ

ต่อมใต้สมอง เสื่อมหน้าที่ลง การหลั่งฮอร์โมนจึงลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รูปร่างผอมลง ขนในที่ลับบางลง ผู้หญิงจะมีขนาดอวัยวะเพศเล็กลง พื้นผิวช่องคลอดบางลง ในผู้ชาย ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ตับอ่อน ซึ่งมีหน้าที่สร้างอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายให้อยู่ในสภาพสมดุล จะฝ่อลีบลง ทำให้ระดับน้ำตาลในร่างกายของผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าคนหนุ่มสาว จึงพบโรคเบาหวานได้มากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2.4 หัวใจและหลอดเลือด

หัวใจ มีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อัตราการเต้นหัวใจลดลง กำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงพบผู้สูงอายุเกิดหัวใจวายได้ง่าย

หลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดแข็งตัวหนาขึ้น ยืดหยุ่นน้อยลง ประกอบกับมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะหลอดเลือดมากขึ้น จึงเกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจก็น้อยลงหัวใจจึงได้รับออกซิเจนน้อยลงไป ร่วมกับการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ มีประสิทธิภาพลดลง เราจึงพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุขึ้นได้

1.2.5 ระบบหายใจ

หัวใจและหลอดเลือด จะยืดหยุ่นน้อยลง หลอดลมแข็งตัวและมีพังผืดเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกว่าหายใจไม่เพียงพอ ต้องชดเชยด้วยการหายใจให้เร็วขึ้น และหายใจแบบตื้นๆ ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีปอดที่ไม่แข็งแรง การหายใจตื้นๆ นี้มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย

1.2.6 ช่องปากและระบบบดเคี้ยว

ฟัน มีการสึกกร่อนจากการบดเคี้ยว หรือจากการแตกร้าวของฟันที่ใช้งานมานาน หรือจากอุบัติเหตุจากการใช้งาน บริเวณคอฟันและรากฟันผุง่ายจากการดูแลความสะอาดไม่ทั่วถึง

เหงือก มีการอักเสบหรือร่นลงจากการใช้งาน คราบหินปูนที่สะสมในปากเป็นเวลานานทำให้เกิดโรคปริทันต์ หรือโรครำมะนาด ทำให้ฟันเกิดการโยกคลอนได้

ต่อมน้ำลาย เกิดความเสื่อมของเซลล์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ร่วมกันกับการสูบบุหรี่ หรือโรคบางอย่าง ทำให้การสร้างและหลั่งน้ำลายลดลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการปากแห้งในช่องปาก

ข้อต่อขากรรไกร และกล้ามเนื้อบดเคี้ยว เสื่อมสภาพหย่อนยานตามวัย เอ็นข้อต่อขากรรไกรหย่อนยานจากการใช้งานมานาน ทำให้ขากรรไกรเคลื่อนที่ไม่ราบรื่น เกิดขากรรไกรค้างขณะที่เคี้ยวอาหารหรือหาวได้

เยื่อเมือกในช่องปาก มีความเสื่อมของเซลล์เหงือก เบ้าฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์และส่วนเคลือบรากฟันขาดเลือดมาเลี้ยง และมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อเส้นใย เซลล์ต่างๆ มีความไวลดลง มีการซ่อมแซมน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น

ลิ้นแดงและเลี่ยนจากเซลล์ลดการเผาผลาญอาหาร ประกอบกับความแข็งแรงของเยื่อบุลิ้นลดลง หรือจากการขาดธาตุเหล็กและวิตามินบี 12

1.2.7 ทางเดินอาหาร

กระเพาะอาหาร หลั่งน้ำย่อยลดลง ลำไส้เล็กเคลื่อนไหวเพื่อการย่อยและดูดซึมอาหารลดลงทำให้อาหารพวกแป้ง คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินดี และแคลเซียม ถูกดูดซึมไปใช้ลดลง มีเศษอาหารคั่งค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้น แต่ความไวจากการถูกกระตุ้นด้วยอุจจาระกลับช้าลง จึงท้องผูกง่าย

ตับ มีขนาดเล็กลง มีพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น เลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง ความสามารถของตับในการทำลายพิษจึงลดลงไป

1.2.8 ทางเดินปัสสาวะ

ไต มีหน่วยกรองลดลง การกรองของเสียและการขับยาทางไตลดลง จึงทำให้ประสิทธิภาพในการกำจัดของเสียออกไปจากร่างกาย ลดลงไปด้วย การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องปรับลดขนาดการใช้ยา

กระเพาะปัสสาวะ อ่อนกำลังลง และมีความจุลดลง ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย ๆ กล้ามเนื้อ หูรูดของกระเพาะปัสสาวะและช่องขับถ่ายเสื่อมลง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้

1.2.9 ระบบภูมิคุ้มกัน

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งระบบ ทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ

คอเลสเตอรอล (Cholesterol)

คอเลสเตอรอล เป็นไขมันที่มีความจำเป็นสำหรับเซลต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์สมอง เซลล์ประสาทร่างกายสามารถสังเคราะห์ไขมันนี้ได้เองที่ตับ และได้จากอาหารด้วย อาหารที่มีไขมันคอเลสเตอรอลสูง ได้แก่อาหารมัน ๆ ต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ได้จาก ไขมันสัตว์ เช่น เนื้อติดมัน หมูติดมัน หมูสามชั้น ข้าวมันไก่ ขาหมู เครื่องใน หนังเป็ด หนังไก่ ไข่แดง ไข่ปลา กุ้ง ปลาหมึก หอยนางรม แกงกะทิ เป็นต้น

การเจาะเลือดเพื่อตรวจคอเลสเตอรอล ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจ คอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) แต่ความจริงแล้ว ยังมีคอเลสเตอรอลย่อย ๆ อีก คือ แอล-ดี-แอล (LDL-Cholesterol) วี-แอล-ดี-แอล (VLDV-Cholesterol) เอช-ดี-แอล (HDL-Cholesterol) ซึ่ง Cholesterol มีค่ามาตรฐานอยู่ที่ 250 mg/dl

Low- density Lipoprotein (LDL-C)

LDL-C เป็นไขมันที่ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในผนังของหลอดเลือดแดงทั้งร่างกาย เช่น สมอง (เกิดอัมพาต) หัวใจ (เกิดโรคหัวใจขาดเลือด)ไต (เกิดไตวาย) อวัยวะเพศ(หย่อนสมรรถ ภาพทางเพศ) เป็นต้น พบว่าความผิดปกติเหล่านี้สัมพันธ์กับระดับ Total cholesterol และ LDL-C อย่างมาก

High-density Lipoprotein (HDL-C)

ไขมัน HDL-C มีหน้าที่ช่วยนำเอาไขมันที่สะสมอยู่ตามผนังหลอดเลือดออกมา แต่ทำงานช้ากว่า ระดับไขมัน HDL-C ต่ำจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ในทางกลับกันหากยิ่งสูงยิ่งดี ช่วยป้องกันโรคนี้ เราสามารถ

เพิ่ม HDL-C ให้สูงได้ด้วย การหยุดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายแบบแอโรบิคสม่ำเสมอ ลดน้ำหนัก ยาบางชนิด ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนเล็กน้อย HDL-C นี้ก็ถูกควบคุมโดยพันธุกรรม

ไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides)

Triglycerides เป็นไขมันที่ไม่ใช่ Cholesterol พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด พบได้บ่อยมากในผู้ที่อ้วน ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่ดื่มสุราประจำ มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจ ซึ่ง Triglycerides มีค่ามาตรฐานอยู่ที่ 170 mg/dl

Uric Acid

Uric Acid กรดชนิดหนึ่งในร่างกาย เกิดจากการเผาผลาญของสารพิวรีน ถ้ามีมาก เกินไปจะเก็บสะสมตามข้อต่าง ๆ จนอาจจะเป็นโรคเก๊าท์ได้ ชาย ไม่ควรมีกรดยูริคในเลือดมากกว่า 8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หญิงไม่ควรมีกรดยูริคในเลือดมากกว่า 6มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

Uric Acid เป็นองค์ประกอบหนึ่งในพลาสมาที่ไม่ใช่โปรตีน การสังเคราะห์ Uric Acid ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ตับ Uric Acid ประมาณครึ่งหนึ่งของร่างกายจะถูกกำจัดทางปัสสาวะและถูกทำลาย ในทางเดินอาหาร ระยะของโรคหลาย ๆ โรคและสภาวะทาง สรีระวิทยาเกี่ยวข้องกับความเข้มข้นของ Uric Acid ที่แตกต่างกัน ค่าที่สูงขึ้นพบได้บ่อยกว่า เช่นในโรคเก๊าท์ ซึ่งเป็นความผิดปกติ ทั้งด้านการสังเคราะห์และการขับออก โรคอื่น ๆ ในการทำงานของไตผิดปกติไป ketoacidosis, glucose-6-phosphate deficiency ภาวะที่มี Uric Acid ต่ำกว่าปกติ เช่น การดูดซึมที่ท่อไตผิดปกติ Hodgkin's disease และ Xanthinuria

การตรวจทางชีวเคมีในผู้สูงอายุ

การตรวจทางชีวเคมี (Biochemical test) มีความสำคัญในการประเมินสุขภาพ เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับสารชีวเคมีในร่างกาย ดังนั้นการตรวจทางชีวเคมีซึ่งเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการจึงถูกนำมาใช้เพื่อตรวจประเมินสุขภาพและบ่งชี้ถึงความผิดปกติหรือการเป็นโรคในผู้สูงอายุ (Janu, 2003) โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นการตรวจทางชีวเคมีสำหรับผู้สูงอายุมีหลายการตรวจ เช่น การตรวจระดับไขมัน น้ำตาล ยูเรียไนโตรเจน ครีเอตินีน กรดยูริค ในเลือด และการตรวจการทำงานของตับ เป็นต้น

การตรวจระดับไขมันในเลือด (lipid profiles) เป็นการตรวจทางชีวเคมีเพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งความผิดปกติดังกล่าว ได้แก่ ระดับไขมันชนิดเอชดีแอลมีค่าต่ำกว่าปกติ แต่ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ และแอลดีแอลมีค่าสูงกว่าปกติ (Lozano, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าการมีระดับไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (van Hateren, 2009)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะไม่รู้ว่าตัวเองเป็นโรคนี้อยู่ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่แสดงอาการทางคลินิกของโรคเบาหวานที่ชัดเจน ดังนั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากอดอาหาร (fasting blood sugar) จึงมีความจำเป็น

ในการประเมินภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผู้สูงอายุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานก็จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ (Meneilly, 2001) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงยังสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (dementia) ในผู้สูงอายุด้วย (Mortimer, 2010)

โรคตับมีความชุกสูงขึ้นในผู้สูงอายุแต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการที่ไม่จำเพาะ ดังนั้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำงานของตับจึงถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคนี้ โดยการตรวจทางชีวเคมีเพื่อตรวจการทำงานของตับ (liver function test) ประกอบด้วยการตรวจหาระดับบิลิรูบิน โปรตีนรวม อัลบูมิน และเอ็นไซม์ตับ เช่น ทรานซามิเนส (AST, ALT) อัลคาไลน์ฟอสฟาเทส (ALP) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการตรวจการทำงานของตับในผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการเฝ้าระวังการเป็นโรคตับแม้ว่าจะไม่มีอาการของโรคที่ชัดเจนก็ตาม (Frith, 2009)

การตรวจหาระดับยูเรียไนโตรเจนในเลือด (blood urea nitrogen; BUN) และครีเอตินีน (creatinine) เป็นการตรวจทางชีวเคมีเพื่อบ่งชี้การทำงานของไต โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการทำงานของไตโดยพบค่ายูเรียไนโตรเจนและครีเอตินีนในเลือดสูงกว่าปกติอาจจะยังไม่แสดงอาการที่ชัดเจนของโรคไต ดังนั้นการตรวจระดับยูเรียไนโตรเจนและครีเอตินีนจึงมีความสำคัญในการเฝ้าระวังโรคไตในผู้สูงอายุ โดยครีเอตินีนจะมีความจำเพาะกับความผิดปกติของไตมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าระดับ BUN และค่า estimated glomerular filtration rate (eGFR) ซึ่งได้มาจากการคำนวณโดยใช้ระดับครีเอตินีน มีความสัมพันธ์กับอายุ (Aono, 1994)

การตรวจวัดระดับกรดยูริคในเลือดใช้ในการตรวจหาภาวะการมีกรดยูริคสูงในกระแสเลือด (hyperuricemia) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการสะสมของกรดยูริคที่มากเกินไปและนำไปสู่โรคเกาท์ นอกจากนี้ยังพบว่าการสูงขึ้นของระดับกรดยูริคในกระแสเลือดยังสัมพันธ์กับความผิดปกติของการทำงานของไตในผู้สูงอายุ (Yen, 2009)และจากการวิจัยล่าสุดในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าการสูงขึ้นของระดับกรดยูริคในกระแสเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง (Trapé, 2013) และยังมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของโรคและกลุ่มอาการเมตาบิลิก (Qin, 2014)

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการสามารถประเมินได้จากการรวบรวมและเก็บข้อมูลทางคลินิกแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เช่น ประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย (Medical history) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งวิธีการประเมินภาวะโภชนาการประกอบด้วย **การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric measurement)** น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) น้ำหนักที่ควรเป็น การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น เส้นรอบข้อมือ เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก **การตรวจทางชีวเคมี (Biochemical determination)** เช่น Albumin, Hematocrit, Hemoglobin, Fasting plasma glucose (FPG), Glycated hemoglobin (HBA c), Total cholesterol (TC), Low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C), High density lipoprotein-cholestrol (HDL-C) และ Triglycerides (TGs), BUN, Creatinine **อาการทางคลินิก (Clinical observation)** เช่น อาการเหน็บชา อาการหงุดหงิดง่าย ระบบ

ประสาทผิดปกติ เกิดจากการขาดวิตามิน บี 1 อาการตาแดง ตาแฉะ ริมผีปาก ช่องปาก จนถึงหลอดลมอับเสบ เกิดจากการขาดวิตามิน บี 2 อาการเป็นตะคริว ผิวหนังอับเสบ ปลายเส้นประสาทอับเสบ เกิดจากการขาดวิตามิน บี 6 อาการโรคผิวหนัง ท้องร่วง เบื่ออาหาร เกิดจากการขาดไนอาซิน เป็นต้น

การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ (Functional and Health assessment in elderly)

ความสามารถในการทำงาน (Functional ability)

ความสามารถในการทำงานเป็นมิติหนึ่งในหลายๆหลายมิติที่จะต้องมีการประเมินในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากศักยภาพและความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในที่นี้ Functional ability หมายถึง ความสามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน ยังสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้านสำคัญ คือ

1. Activities of daily living (ADL) คือ กิจกรรมส่วนตัวในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
2. Instrumental activities of daily living (IADL) คือ กิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างอิสระ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้การดำรงชีวิตสะดวกสบายยิ่งขึ้นและไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแลอื่นๆ

ตัวอย่างของภารกิจด้าน ADL เช่น

-การกิน (Eating)

-การแต่งตัว (Dressing)

-การอาบน้ำ (Bating)

-การเคลื่อนไหวระหว่างเตียงนอนกับเก้าอี้ (Transferring between the bed and a chair)

-การใช้ห้องน้ำ (Using toilet)

-การควบคุมการขับถ่าย(Controlling bladder and bowel functions)

ตัวอย่างของภารกิจด้าน IADL เช่น

-การทำงานบ้าน (Doing housework)

-การปรุงอาหาร (Preparing meals)

-การกินอาหารอย่างถูกต้อง (Taking medications properly)

-การจัดการการเงินในครอบครัว (Managing finances)

-ควมสามารถใช้โทรศัพท์ (Using a telephone)

เครื่องมือสำหรับประเมินด้าน ADL และ IADL มีการสร้างและพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น Katz ADL (Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970) และ Lawton IADL (Lawton & Brody, 1969) โดยทั้งสองเครื่องมือได้มีการพัฒนาขึ้นใหม่อย่างต่อเนื่องอีกหลายครั้ง (Elsawy & Higgins, 2011) ส่วนใหญ่การประเมินด้าน Functional ability มักจะถูกทำก่อนการประเมินด้านอื่นๆ เพราะหากผลจากการประเมินด้านนี้อยู่ในระดับต่ำแล้วจะบ่งบอกว่า ผู้สูงอายุรายนี้อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและจะนำไปสู่การประเมินด้านอื่นๆ ตามมา

การประเมินด้านสุขภาพร่างกาย (Physical health)

ความพร้อมด้านร่างกายของผู้สูงอายุคือตัวบ่งบอกถึงความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ปัจจัยด้านอายุเป็นตัวกำหนดที่สำคัญตัวนึ่งที่ทำให้ภาวะร่างกายเสื่อมถอยลง อย่างไรก็ตาม ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายย่อมแตกต่างกันด้วยสาเหตุจากปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น โรคภัยไข้เจ็บทั้งที่เคยเกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน ภาวะโภชนาการ ความสามารถในการได้ยินและมองเห็น กิจกรรมในชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพในวัยทำงาน และการอยู่ร่วมกันคนอื่นในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อผู้สูงอายุไม่ทางตรงก็ทางอ้อม

แนวทางในการประเมินภาวะด้านสุขภาพมักจะประกอบไปด้วยด้าน

1. ประวัติการตรวจร่างกายและการตรวจหาโรค
2. ภาวะโภชนาการ
3. การมองเห็น
4. การได้ยิน
5. การทรงตัวและการป้องกันการหกล้ม
6. ภาวะความแข็งแรงของกระดูก
7. จำนวนยาที่รับประทานพร้อมกันในแต่ละวัน

ประวัติการตรวจร่างกายและการตรวจหาโรค

ในภาวะปกติร่างกายจะเสื่อมสภาพตามกาลเวลาโดยไม่เกี่ยวข้องกับโรค แต่ภาวะของโรคปัจจุบันและผลข้างเคียงจากการรักษาก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสั้นลงอย่างเห็นได้ชัดเช่นกัน ถึงแม้ว่าการตรวจกรองหาโรคและการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจะเพิ่มโอกาสการมีชีวิตรอดของผู้สูงอายุได้ก็ตาม ผู้สงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดัน ต้อกระจก และมะเร็งและอยู่ในระหว่างการรับยาเพื่อการรักษามักจะได้รับผลข้างเคียงของการรับยาเช่นเดียวกัน โดยการรักษาเหล่านี้จะลดโอกาสของการมีอายุที่ยืนยาว นอกจากการยินยอมรับการรักษาจากผู้ป่วยเองแล้ว การดูแล เอาใจใส่และสังเกตสัญญาณของโรคและอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว ก็เป็นปัจจัยนึ่งที่จะเพิ่มโอกาสการอยู่รอดของผู้สูงอายุได้ หากได้รับการตรวจและรักษาอย่างทันท่วงที แต่อย่างไรก็ตามการตรวจสภาพร่างกายเพื่อตรวจหาโรคจะต้องถูกยืนยันโดยแพทย์ เพราะฉะนั้นคนในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้อย่างเต็มทีเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การตรวจหาโรคเช่นเดียวกัน

การตรวจหาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุนั้นสำคัญ โดยมักจะพบภาวะบกพร่องของสารอาหารประเป็น micronutrients เช่น วิตามิน เอ ซี ดี และ บี12 แร่ธาตุแคลเซียม เหล็ก สังกะสีและธาตุอื่นๆ ในบางครั้งไม่สามารถตรวจพบอาการทางคลินิก อย่างเช่น ภาวะโลหิตจางจาการขาดวิตามินบี 12 (pernicious anemia) ซึ่งอาจจะเกิดจากการดูดซึมในลำไส้เล็กที่ไม่ดี อย่างไรก็ตาม เราสามารถประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุได้ 4 องค์ประกอบได้แก่

1.ประวัติภาวะโภชนาการโดยใช้แบบสอบถาม (Nutritional Health Checklist) (Elsawy & Higgins, 2011)

2.บันทึกอาหารที่รับประทานภายใน 24 ชั่วโมง

3. การตรวจสอบร่างกายหาภาวะทุโภชนาการและการปริโภคเกินพอดี (Clinical assessment)

4. การตรวจทางป้องปฏิบัติการ (Biochemical assessment)

การมองเห็น (Vision)

ภาวะสายตายาว (Presbyopia) มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ รวมทั้ง ต้อหิน (glaucoma) ต้อกระจก (cataract) ภาวะผิดปกติของลูกตาทั้งที่เกิดจากเบาหวานและไม่ใช่เบาหวาน อย่างไรก็ตามการประเมินด้านนี้ควรจะกระทำโดยแพทย์เฉพาะทางทางสายตา

การได้ยิน (Hearing)

นอกจากการตรวจภาวการณ์ได้ยินโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์แล้ว เรายังสามารถทดสองโดยการกระซิบจากตำแหน่งที่อยู่ด้านหลังผู้รับการทดสอบในระยะ 3 ฟุต โดยผู้ทำการทดสอบจะกระซิบตัวอักษรออกมาในแต่ละครั้งและให้ผู้รับการทดสอบทวนตัวอักษรเหล่านั้น จำนวนครั้งที่ไม่สามารถตอบได้จะบอกถึงภาวะบกพร่องทางการได้ยินเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังมีการทดสอบโดยใช้แบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อทดสอบการได้ยินของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน (Ventry & Weinstein, 1983)

การทรงตัวและการป้องกันการหกล้ม (Balance and fall prevention)

ภาวการณ์ทรงตัวที่ผิดปกติมักจะทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ และการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เราสามารถประเมินภาวการณ์ทรงตัวของผู้สูงอายุจากการให้ ลุกจากเก้าอี้โดยไม่ใช้แขนพยุงและให้เดินไปกลับระยะ 10 ฟุตและกลับมานั่งที่เดิม โดยทำการจับเวลาตลอดขบวนการ (Rao, 2005)

ภาวะความแข็งแรงของกระดูก

โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) เป็นสาเหตุของปัญหาด้านการทรงตัวและหกล้มในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ภาวะกระดูกพรุนสามารถประเมินได้จากการถ่ายเอ็กซ์เรย์

จำนวนยาที่รับประทานพร้อมกันในแต่ละวัน

ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นหลายโรคในเวลาเดียวกันมักจะได้รับยามากกว่าหนึ่งขนานในบางครั้งอาจจะเกิดผลข้างเคียงตามมาได้ เช่นให้ให้เกิดการสับสน มึนงง และหกล้มในผู้สูงอายุได้

ระบบสุขภาพ

ในแนวทางของสังคมศาสตร์แล้วระบบทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางสังคมในการที่จะจัดการในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย George M. Foster (1978) ได้ให้คำจำกัดระบบทางการแพทย์ว่าเป็นกลยุทธ์ในการปรับตัวของวัฒนธรรมทางสังคม Foster ยังได้ให้คำแนะนำอีกว่า ระบบทางการแพทย์ที่มีการปรับตัวตามธรรมชาติจะเห็นได้ชัดเจนจากคำจำกัดความของเพื่อนร่วมงานของเขา คือ Frederick Dunn (1976) ที่กล่าวว่า “รูปแบบของสถาบันทางสังคมและขนบประเพณีทางวัฒนธรรมซึ่งพัฒนามาจากพฤติกรรมที่ไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้ว ในการจะส่งเสริมสุขภาพ อาจจะเป็นหรือไม่เป็นผลที่

ตามมาในเรื่องราวเฉพาะของพฤติกรรมนั้น จัดว่าเป็นพฤติกรรมทางความเจ็บป่วยทั้งสิ้น” ระบบการแพทย์ไม่จำเป็นที่จะต้องเน้นหนักไปในเรื่องรูแบบของชีววิทยาทางการแพทย์ หรือการปฏิบัติที่มีเหตุผลทางธรรมชาติที่เหมาะสม จากมุมมองนี้เอง ระบบการแพทย์ก็คือ แนวคิดทางทฤษฎีที่เชื่อมต่อเนื้อหาของความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคเข้าด้วยกันกับการรักษาที่ถือปฏิบัติมาโดยผู้คนในหลายๆ สังคมนั่นเอง ซึ่งในความเป็นจริงทางสังคมแล้วไม่มีสังคมใดเลยที่จะมีระบบการแพทย์แต่เพียงระบบเดียวเลย (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

ระบบการดูแลสุขภาพเป็นสถาบันทางสังคมสถาบันหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิสัมพันธ์ของผู้คนกลุ่มหนึ่ง ทั้งเป็นผู้ให้และผู้รับ เป็นคนไข้และเป็นผู้ให้การรักษา ระบบการดูแลสุขภาพเป็นรูปแบบของความเป็นจริงทางสังคมและการสร้างขึ้นจากวัฒนธรรม ระบบการดูแลสุขภาพจะรวมเอาความเชื่อและรูปแบบพฤติกรรมของคนในสังคมเอาไว้ด้วยกัน ระบบการดูแลสุขภาพก็คืออะไรก็ตามที่มีผลกระทบต่อระดับของการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ด้านชีววิทยาการแพทย์ การให้การรักษาและเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ระบบการแพทย์ก็คือ แบบแผนทางความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติ ในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่ต้องเกิดขึ้น แก่บุคคลไม่เวลาใดก็เวลาหนึ่ง และก็ ถือเป็นผลรวมของการจัดระเบียบทางโครงสร้างของสังคม เทคโนโลยี และบุคลากรต่าง ๆ ที่จะทำหน้าที่ใน การบำบัดรักษาผู้เจ็บป่วย ขณะเดียวกันการปฏิบัติ ที่ต่อเนื่องก็จะทำหน้าที่ดำรงไว้ซึ่งระบบการแพทย์นั้น ๆ “เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยเขาจะทำอย่างไร” เพียงแต่คำถามนี้อาจอธิบายได้ไม่สิ้นสุด เพราะแต่ละวัฒนธรรมก็มีระบบความคิด ความเชื่อทางการแพทย์แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่การใช้สมุนไพร ซื้อยากินเอง ไปจนถึงการทำพิธีกรรมต่าง ๆ กล่าวโดยสรุป ความเจ็บป่วยก็คือพฤติกรรมทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่บุคคลต้องการจะขจัดปัดเป่าให้หายไม่ว่าจะใช้วิธีใด ๆ ตามระบบความเชื่อของสาเหตุของการเกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย กิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อทางการแพทย์ไม่ได้อุบัติขึ้นมาภายในวันเดียว แต่เป็นสถาบันทางสังคมที่เกิดขึ้นและสืบทอดมาช้านานภายใต้ตัวกำหนดของวัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรม ทุกสังคมจะมีระบบการแพทย์ของตนเองและอาจจะมีมากกว่าหนึ่งระบบขึ้นไป ขึ้นอยู่กับการยอมรับแลกเปลี่ยน หรือคิดค้นกันขึ้นมา ระบบการแพทย์เป็นระบบทางวัฒนธรรมที่จะต้องมีต่อเนื่องต่อไปเพื่อตอบสนองความ ต้องการด้านสุขภาพของมวลมนุษย์ที่จะมีชีวิตให้ยืนยาวปลอดภัยนานที่สุดเท่าที่จะนานได้ ไม่เฉพาะบุคคลใด บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งแต่ทั้งชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

2. กระบวนการภาวะสูงอายุด้านจิตวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการออกจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตหลังจากที่เคยทำมาในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ลง วงสังคมแคบลงทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ซึ่งอาจจะกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าในตัวเองลดลง และถ้าหากเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ก็จะทำให้เกิดความกระทบกระเทือนจิตใจมากขึ้น และถ้าสุขภาพทางกายแย่ลง ขาดคนช่วยดูแลใกล้ชิดทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้มากขึ้น ความรู้สึกสูญเสีย

บทบาทในหน้าที่ที่เคยทำ มักเกิดในกลุ่มของคนทำงานมากกว่ากลุ่มที่ทำงานด้านช่างฝีมือ ส่วนด้านการปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัว การปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วย

ความเครียดของผู้สูงอายุ

สาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุดังต่อไปนี้

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

สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลและอาจเกิดทุกข์เกี่ยวกับรายได้ที่เคยได้รับ ขาดความเชื่อมั่นในการยอมรับจากคนในสังคมหรือสมาชิกในครอบครัว จึงอาจแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด มีความวิตกกังวล ดังนั้นควรมีการเตรียมตัวสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจก่อนการเกษียณอายุ เช่น มีการเตรียมหางานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ (ในกรณีสุขภาพยังพร้อมและมีประสบการณ์ที่ยังทำงานได้) การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ มีงานอดิเรกทำ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการความเข้าใจ กำลังใจ และการยอมรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

3. กระบวนการภาวะผู้สูงอายุด้านสังคมวิทยา

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) กล่าวถึงกระบวนการภาวะสูงอายุทางสังคมวิทยา ว่าในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ทั่วไปในสังคมนั้น ๆ ที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มผู้สูงอายุในสภาพต่าง ๆ สังคมที่เน้นความสำคัญหรือความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มผู้สูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองรู้สึกไร้ประโยชน์และเป็นภาระต่อสังคม แต่สังคมก็ยกย่องว่าผู้สูงอายุมีคุณค่า มีประสบการณ์ เฉลียวฉลาด ให้ประโยชน์แก่สังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ เป็นต้น กลุ่มผู้สูงอายุก็จะผ่านไปสู่บทบาทนั้น ๆ ได้โดยไม่รู้สึกยุ่งยากและกระทบกระเทือนต่อการสูญเสียบทบาทอย่างรวดเร็วนัก อาชีพบางประเภทที่ต้องอาศัยการสะสมของประสบการณ์และความยาวนานที่อยู่ในอาชีพเพื่อการเชื่อถือยอมรับของสังคม ผู้สูงอายุย่อมจะได้เปรียบ และประสบความสำเร็จได้ดีกว่า เช่น ผู้สูงอายุมีอาชีพผู้นำทางการเมือง ผู้บริหารประเทศ หรือที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนา และผู้นำทางธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายหรือหน้าตา รูปร่าง เช่น กรรมกร หรืออาชีพนักแสดงการยอมรับจากสังคม การอยู่ในอาชีพก็เป็นช่วงสั้น จะมีความรู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสีย การยอมรับจากสังคม และยิ่งหากไม่มีการเตรียมตัวที่จะไปสู่วัยสูงอายุ ก็อาจจะมีปัญหาในเรื่องรายได้ และฐานะความเป็นอยู่ทางสังคมได้

2.2 แนวคิดทางด้านสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ (ศรีสันติสุข, 2539)

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะตัว มีความเป็นปัจเจกของตนเองมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะตัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอยู่เดิมของผู้สูงอายุ ดังนั้นทำให้การจัดการบริการใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุไม่อาจทำได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะที่กำหนดเป็นแบบตายตัวของคนสูงอายุแต่ละคนได้ การศึกษาเพื่อสนองความต้องการของคนสูงอายุจึงทำได้ยาก เพราะต้องคำนึงถึงความแตกต่างในลักษณะสังคมเศรษฐกิจและลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละคนดังกล่าวด้วย

ความต้องการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ มี 2 ประการ คือ

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือความต้องการได้รับความช่วยเหลือ ทางด้านการเงิน จากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อาจจะให้การเลี้ยงดูตามสมควรแกอัตภาพ แต่ถ้ากล่าวถึงความมั่นคงทางสังคม ก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำเหน็จบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชราเพื่อให้ทุกคนมีรายได้เมื่อถึงภาวะสูงอายุ

2. ความต้องการทางด้านที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย เช่นผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในบ้านของตนเองหรือบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

แนวทางที่ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท

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

1.1 ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่านานเท่าที่จะเป็นไปได้หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้นมีความหมายหรือเมื่อถึงแก่ความตาย

1.2ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพร่างกายและสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังงานและศักยภาพดังกล่าวสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและธำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ความชำนาญ ทรัพย์สมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ เป็นต้น

2. ความต้องการขั้นสูง คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าที่หรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย เป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาของแบบแผนและบรรทัดฐานของสังคม เช่น ในสังคมตะวันตก ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การมีงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย มีบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักที่อาศัย ฯลฯ ในขณะที่สังคมตะวันออก ความต้องการเหล่านี้อาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่

จากบุตรหลานและครอบครัว ดังนั้นความต้องการชนิดนี้ จึงเท่ากับเป็นผลของวัฒนธรรมที่มีการปรับปรุงให้เข้ากับวิถีชีวิตของแต่ละคนแต่ละกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม

ปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัญหาด้วยกันคือ ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการขาดความรักเอาใจใส่ ปัญหาทางสังคม และปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาการเจ็บป่วย คือ การมีความเสื่อมโทรมทางร่างกายซึ่งจะส่งผลถึงจิตใจด้วย จะทำให้จิตใจไม่สบาย หงุดหงิดง่าย ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะที่สมดุล แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคบางชนิด อาการป่วย เช่น ความเจ็บป่วย เมื่อยล้า ความทุกข์ที่เกิดทางกายและส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันการมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น การวิตกกังวลก็จะแสดงออกอาการทางด้านร่างกาย เช่น การนอนไม่หลับ ปวดท้อง เป็นต้น จะพบว่าปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารการขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ความจำเสื่อมและภาวะสับสน ภาวะจิตใจเศร้า นอกจากนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นได้และควรระมัดระวังคืออุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

2. ปัญหาการขาดความรักความเอาใจใส่ ความรักความเอาใจใส่เป็นสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย ผู้สูงอายุต้องการความรักความอบอุ่นทางด้านจิตใจหรือความเอาใจใส่จากบุตรหลานแต่อาจจะไม่แสดงออกให้เห็น แต่เนื่องจากสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไปประกอบกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ละเลย หรือไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุ ได้รับการตอบสนองในสิ่งเหล่านี้ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแจ่มใสขึ้นและใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

3. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพบางอย่างทางสังคมทำให้บทบาทของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุจากงาน ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมปัจจุบันทำให้ความคิด ค่านิยมของเด็กที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือ ให้การยอมรับและการเคารพน้อยลง เป็นต้น

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สภาพเศรษฐกิจมักก่อให้เกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีหรือไม่ดี ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีก็อาจมีความทุกข์ เนื่องจากเกิดความกลัวว่าบุตรหลานจะแย่งชิงสมบัติกัน หรืออาจมีคนไม่ซื่อสัตย์มาคดโกง

ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาวะของบุตรหลาน ต้องคอยรับความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ทำให้บุตรหลานลำบากประกอบกับในสังคมปัจจุบัน โอกาสการทำงานของผู้สูงอายุลดน้อยลง เพราะสังคมพยายามจัดการทำงานแบบมีประสิทธิภาพ คนทำงานจะได้รับการเลือกเฟ้นให้ทำงานในวัยและระยะเวลาที่เขาสามารถทำได้มากที่สุดเท่านั้น และแนวโน้มที่จะให้คนงานออกเมื่อถึงเวลาอันสมควร จึงเป็นเหตุให้ไม่มีที่ทำงานสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องระเหเร่ร่อน หรืออาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์คนชราซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย

2.3 แนวคิดทางด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้านหรือ Folk medicine ได้มีการนำมาใช้ในสามแบบ ได้แก่ (1) ชีววิทยาทางการแพทย์ที่มีใช้แบบแผนตะวันตก (2) ระบบทางการแพทย์ที่ไม่ได้มีการเขียนหรือจดบันทึกเอาไว้ และ (3) ระบบทางการแพทย์ที่ไม่เป็นทางการในสังคม การแพทย์พื้นบ้านจะแตกต่างออกไปจากระบบชีววิทยาการแพทย์ของสังคมปัจจุบัน การแพทย์พื้นบ้านจะใช้วัตถุดิบธรรมดาที่สามารถหาได้ง่ายมาใช้ในการรักษา เช่น การเก็บพืชสมุนไพรหรือต้นไม้ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ การแพทย์พื้นบ้านอาจจะมองได้ว่าเป็นการแพทย์ของชาติพันธุ์ของคนพื้นเมืองดั้งเดิม สมมติฐานของโรคและวิธีการที่ใช้เพื่อการรักษา หมอพื้นบ้านอาจจะใช้เวทย์มนต์ พิธีกรรมทางศาสนา พลังลี้ลับเหนือธรรมชาติประกอบ เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ รากฐานของการแพทย์พื้นบ้านจึงมักจะประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) แนวคิดเรื่องสุขภาพ (2) ความเชื่อในทฤษฎีเรื่องความเจ็บป่วย (3) วิธีการที่จะนำมาใช้เพื่อให้ทุเลาจากความทุกข์ทรมาน

การแพทย์พื้นบ้านจึงไม่มีความเกี่ยวข้องอันใดกับเรื่องของสรีรวิทยาหรือปัญหาตามธรรมชาติ แต่เป็นเรื่องของการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดโรคเฉพาะตัวของบุคคลเท่านั้น เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วกันว่าการแพทย์พื้นบ้านในทุกส่วนของโลกจะเหมือนกันในเรื่องของการนำเอาพืชตัวยามาใช้เป็นหลักในการรักษา การแพทย์แบบพื้นบ้านจะเป็นวิธีการทางการแพทย์วิธีหนึ่งหรือทางเลือกในการรักษาทางหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจด้วย การแพทย์พื้นบ้านจะรวมหมดทั้งการแพทย์แบบง่าย ๆ ทั่ว ๆ ไป ผู้ใช้ยาสมุนไพร หมอรักษากระดูก หมอผี คนทรงเจ้าและหมอตำแยพื้นบ้าน การแพทย์พื้นบ้านเป็นเรื่องที่มีความเฉพาะเจาะจงลงไปมากกว่าการเป็นทฤษฎีทางการแพทย์ (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

ภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องการแพทย์พื้นบ้าน

คำว่า “ภูมิปัญญา” อาจมีความหมายได้หลายนัย ได้แก่ (1) การสะสมเพิ่มพูนของความรู้ การเรียนรู้อย่างกว้างขวางลึกซึ้ง การได้รับการสั่งสอนจนเข้าใจและรู้แจ้งในความรู้นั้น (2) ลักษณะเฉพาะของการนำเอาความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเป็นการใช้ตามความสามารถที่จะเข้าใจได้หรือใช้ตามสามัญสำนึก (3) ความสามารถที่จะพิจารณาอย่างรอบคอบและสมเหตุผล (4) ลักษณะเฉพาะในการตัดสินใจได้อย่างเฉลียวฉลาดและตรงตามเป้าหมาย ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นรากฐานทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งสามารถเรียนรู้และใช้ร่วมกันได้ โดยเป็นสิ่ง ที่สามารถได้รับการถ่ายทอดและฝึกฝนจากคนรุ่นเก่า เครือญาติ หรือเพื่อนฝูงในแง่ของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ โรคพื้นบ้านหรือโรคท้องถิ่นในสังคมแต่ละแห่งจะมีความซับซ้อนกว่าในเรื่องของอาการทางร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะ โรคพื้นบ้านไม่เพียงแต่เป็นความผิดปกติทางร่างกายที่สามารถมองเห็นได้เท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงไปถึงสังคม ความหมายและสัญลักษณ์ของจิตใจและขวัญกำลังใจอีกด้วย โรคพื้นบ้านจึงเป็นกลุ่มอาการที่มีความสลับซับซ้อนของความรู้สึกทางร่างกาย ที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ความทุกข์ระทม ความไม่สะดวกสบาย ความเศร้าใจและความวิตกกังวล สาระสำคัญที่พบได้จากงานวิจัยทางมานุษยวิทยาเกี่ยวกับโรคพื้นบ้าน จะพบได้ใน 10 ประการ ได้แก่

1. แนวคิดเรื่องกายวิภาคศาสตร์และการทำหน้าที่ในร่างกายของเรา
2. ความไม่สมดุลของธาตุหรือองค์ประกอบในร่างกายของคนเรา
3. ทฤษฎีเรื่องความร้อน ความเย็น
4. การศึกษาถึงต้นเหตุของโรคและการเจ็บป่วย
5. กระบวนการให้การรักษาและเยียวยา
6. ยาสมุนไพรและเภสัชศาสตร์เฉพาะถิ่น
7. สถานภาพและบทบาทของผู้ให้การรักษา
8. พิธีกรรมในการรักษาโรค
9. พลังเหนือธรรมชาติ เวทย์มนคาถา หมอผี ไสยศาสตร์
10. โรคที่เป็นกลุ่มอาการทางวัฒนธรรม

การแพทย์พื้นบ้านของไทย ก็ไม่ใช่แพทย์พื้นบ้านไทยทุกคนจะมีรากฐานมาจากการการแพทย์ในราชสำนักหรือการแพทย์ของขุนนางชั้นสูง วิธีการของแพทย์พื้นบ้านแต่ละวิธีการล้วนมีความเชื่อของตนเอง มีลักษณะเฉพาะตัว มีรูปแบบและเทคนิควิธีที่ผันแปรไปต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แนวคิดพื้นฐานด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยคือเรื่องเกี่ยวกับธาตุในร่างกายของคนเราและสภาวะจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

นักสังคมวิทยามองว่า การแพทย์พื้นบ้านเป็นสถาบันทางสังคมเช่นเดียวกับสถาบันการศึกษา สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา ที่เป็นกลไกทางสังคมที่ทำให้สังคมดำรงอยู่ได้ การแพทย์พื้นบ้านทำหน้าที่บำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้สามารถกลับเข้ามาสู่ภาวะปกติ สามารถปฏิบัติภารกิจได้และเข้าสู่สถานภาพทางสังคมเหมือนเดิม (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

การแพทย์แผนโบราณ (traditional medicine) นั้นได้รับการหล่อหลอมจากการจัดระเบียบทางสังคมและการออกแบบทางวัฒนธรรมที่จะก่อให้เกิดการเยียวยารักษาโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ ดังนั้น การแพทย์แผนโบราณจึงเป็นความคิดริเริ่มและสร้างสรรค์ อันเกิดจากความสามารถในการหาทางเลือกและการตัดสินใจต่อการสู้รบปรบมือเพื่อเอาชนะความทุกข์ทรมารอันไม่ทราบสาเหตุหรือไม่สามารถอธิบายได้อย่างแน่ชัดลงไป (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

การแพทย์ของไทยอาจมีชื่อเรียกได้แตกต่างกัน 2 อย่าง คือ การแพทย์พื้นบ้านและแพทย์แผนโบราณ หรือการแพทย์แผนไทย แพทย์ท้องถิ่นเป็นการศึกษาการให้การบำบัดรักษาแบบดั้งเดิมของชาวบ้าน มีความเชื่อทัศนคติและกลยุทธ์ในเรื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วย แพทย์แผนโบราณ “เป็นการรวมเอาความหลากหลายของการปฏิบัติด้านสุขภาพ ด้วยความรู้สึกที่เหมาะสม ความเชื่อ และมีการนำเอาตัวยาที่เกิดจากพืช สัตว์ หรือยาที่มีส่วนผสมจากแร่ธาตุต่างๆ มาใช้ มีการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ มีการออกกำลังกาย เทคนิคการบำบัดด้วยมือเปล่า อาจนำมาประยุกต์แต่เพียงอย่างเดียวหรือผสมผสานหลายๆ อย่างเข้าด้วยกัน เพื่อให้คงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งเพื่อการรักษา การวิเคราะห์โรค และการป้องกันโรค” (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

2.4 กลุ่มชาติพันธุ์หรือชาวไทยภูเขาและการดูแลสุขภาพ

“กลุ่มชาติพันธุ์” หมายถึง ชนกลุ่มน้อยซึ่งอาศัยอยู่ในแถบภูเขาทางตอนเหนือของประเทศไทย ชาวเขาแต่ละเผ่าต่างก็มีภาษา วัฒนธรรม การแต่งกายและลัทธิความเชื่อของตนเองต่างหากจากเผ่าอื่น ๆ ชาวเขาเหล่านี้อพยพยังประเทศไทย ธิเบต พม่า จีน และประเทศลาวในช่วง 150 กว่าปีที่ผ่านมา

คำว่า ชาวเขา หมายถึง ชนกลุ่มน้อยซึ่งอาศัยอยู่ในแถบภูเขาทางตอนเหนือของประเทศไทย ชาวเขาแต่ละเผ่าต่างก็มีภาษา วัฒนธรรม การแต่งกายและลัทธิความเชื่อของตนเองต่างหากจากเผ่าอื่นๆ ชาวเขาเหล่านี้อพยพยังประเทศไทย ชาวธิเบต พม่า จีน และประเทศลาวในช่วง 200 กว่าที่ผ่านมานี้ ประมาณว่า ในประเทศไทยมีชาวเขาอยู่ถึง 20 เผ่า ซึ่งมีประชากรทั้งหมดประมาณ 800,000 คนในจำนวนนี้ มี 6 เผ่าใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ เย้า กะเหรี่ยง อาข่า (อีก้อ) ละอู (มูเซอ) ม้ง (แม้ว) และลีซอ

ลักษณะการดำรงชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ภาษา การแต่งกายตลอดทั้งความเชื่อมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในชนเผ่าทั้งหกนี้ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง บนไหล่ในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่การที่มีการระบาดของโรคเอดส์ตลอด 2-3 ทศวรรษนี้ ภาษาที่ชาวเขาใช้สื่อสารกันในกลุ่มลาหู่ อาข่า และลีซอ คือภาษา Tibeto-Burman ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของกลุ่ม Sino-Tibetan Family และ อีกกลุ่มหนึ่งคือ เผ่า เย้า และม้ง เป็นกลุ่ม Sinitic Language ซึ่งมีรากมาจากภาษาจีน ส่วนชนเผ่ากะเหรี่ยง มีลักษณะภาษาที่ต่างจากลุ่มอื่น

ปัจจุบันชาวเขาในประเทศไทยอาศัยอยู่ใน 20 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 3,746 หมู่บ้าน โดยอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,352 หมู่บ้าน จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 547 หมู่บ้าน จังหวัดเชียงราย จำนวน 493 หมู่บ้าน จังหวัดตาก จำนวน 455 หมู่บ้าน นอกนั้นกระจายอยู่ในหมู่บ้านแถบภาคเหนือและภาคกลางตอนเหนือของประเทศไทย จำนวนประชากร 800,000 คน

จังหวัดเชียงราย มีจำนวนประชาชนที่เป็นชนชาติพันธุ์ ในปี 2556 ในจังหวัดเชียงรายมีทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 226 หมู่ บ้านหลักและ 268 กลุ่มบ้านย่อย โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและ อำเภอแม่จัน จำนวน 3,095 ครัวเรือน

2.4.1 ชาวอาข่า

ชาวอาข่าหรือที่คนทั่วไปรู้จักกันในนาม อีก้อ ชนกลุ่มนี้มีชื่อเรียกหลายชื่อ อาทิ อีก้อ (Ekaw) ก้อ (Kaw) ถิ่นเดิมของพวกอาข่าอยู่ในมณฑล ไกวเจาและมณฑล ยูนนานของประเทศจีน จากข้อมูลกองสงเคราะห์ชาวเขา พ.ศ. 2540 พบชาวอาข่า อาศัยอยู่ในเขต จังหวัด เชียงราย เชียงใหม่ ตาก น่าน เพชรบูรณ์ แพร่ ลำปาง และพะเยา อาข่าผู้ชายจะไว้ผมยาวลงมาคล้ายหางเปีย ใช้เชือกผูกปลาย ไว้ ผู้ชายอาข่าสวมเสื้อสีดำ แขนยาว รูปทรงกระบอก คอ กลมสูงรอบคอ ผ่าอกกลาง มีเชือกผูกให้จรดกันที่คอและหน้าอก ส่วนกางเกงจะมีสีดำยาวถึงข้อเท้า เครื่องประดับ จะมีเหรียญ เงิน กระดุมเงิน ตามขอบ เสื้อและด้านหนัง สวมกำไลมือเงินกลม ๆ ส่วนในเด็ก ผู้ชาย จะสวมชุดสีดำ เหมือนผู้ใหญ่ มีผ้าผืนเล็กโพกศีรษะ แต่ไม่มี เครื่องประดับ อาข่ามี

ภาษาของ ตนเองเอง เป็นภาษาพูด อยู่ในกลุ่มภาษาโลโลเป็นภาษาหนึ่งในตระกูลภาษา ย่อยทิเบต-พม่า โดยเป็นสาขาหนึ่งของชนชาติโล-โล (Lolo) จัดอยู่ในสาขาพม่า-โลโล กลุ่ม ตระกูลภาษาย่อยทิเบต-พม่า มีความสัมพันธ์ทางภาษากับพวกมูเซอและชาวลีซอ มีบางคำที่ยืม จากภาษาจีน ถึงแม้ อาข่าจะมีภาษา ของตนเอง แต่ไม่มีตัว อักษรใช้ ศาสนาของอาข่า จะเป็นการนับถือผี โดยเชื่อว่าผีสามารถทำให้เกิด เจ็บป่วย และทำให้หายป่วยได้ ผีดีได้แก่ ผีเรือน หรือ “มิดสา” ซึ่งก็คือดวงวิญญาณ ของ บรรพบุรุษ ชาวก้อจะสร้าง ศาลเจ้ามิดสาไว้นอกบ้านตรงด้านบนหัวนอน ภายในรั้วบ้าน ศาลนี้รูปร่างคล้ายศาลพระภูมิของชาวไทย อาข่า จะเซ่นไหว้ ผีเรือนในคราวที่มีคนใน ครอบครัวเจ็บป่วย เวลาแต่งงาน และงานปีใหม่ ส่วนผีหมู่บ้าน (ผีดี) จะสิงสถิตอยู่ใน ต้นไม้ใหญ่ใกล้หมู่บ้านคอยป้องกันภัยจากผีร้าย ผีป่า ส่วนผีร้ายได้แก่ ผีป่า หรือ “แนะแซ” ผีไร่ หรือ “แนะมื้อ” ผีน้ำ และผีดอยหลวง ชาวก้อจะมีการเซ่นบูชาผีเหล่านี้ ทุกหมู่บ้านจะมี แท่นบูชาสำหรับวิญญาณที่ดี และจะสร้าง ประตูไว้ที่ทางเข้าหมู่บ้านประมาณ 100 หลาเพื่อให้ดวงวิญญาณ ที่ดี อยู่คอยป้องกันวิญญาณร้าย เพื่อความสมบูรณ์พูนสุข ผู้นำพิธีทางศาสนาของชาวก้อ จะเป็น ชายหรือหญิงก็ได้ หรืออาจมีสองคน คนแรกเรียกว่า ปิมา (Pi Ma) คนที่สองเรียกว่า ปิยา (PiYa) หรือมีหัวหน้าอาวุโสที่สืบตระกูลต่อๆกันมาเรียกว่า ตูโม่ (Tumo) ซึ่งทำหน้า ที่ติดต่อกับวิญญาณที่ดีและร้าย เป็นผู้มีเวทมนต์ เป็นผู้นำ พิธีกรรมบวงสรวง เซ่นสังเวยวิญญาณความเชื่อเกี่ยวกับความตาย

ระบบเศรษฐกิจของชาวอาข่าแต่เดิมทำการเกษตรแบบไร่เลื่อนลอย ปลูกฝิ่น ชาวอาข่านิยมสูบฝิ่นกันมาก กล้องยาเส้นของชาวอาข่า เรียกว่า “กูลู่” พืชชนิดอื่น ๆ ได้แก่ ข้าว ข้าวฟ่าง ข้าวเดือย อ้อย พริก ผัก ข้าวโพด ถั่ว มัน แตง กะหล่ำปลี ชา ฝ้าย และกล้วย สัตว์เลี้ยงของชาวก้อ ได้แก่ หมู ไก่ เลี้ยงไว้เพื่อ การเซ่นสังเวย หมูของชาวก้อ หมายถึง ความสมบูรณ์ นอกจากนั้น

สรุปชาวอาข่าเป็นกลุ่มชาวเขาที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยผ่านทางประเทศพม่าและมีสังคมวัฒนธรรมรวมทั้งภาษาที่เป็นเฉพาะของตัวเอง มีอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นสุขภาพของผู้สูงอายุน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพตั้งแต่วัยหนุ่มสาว และเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการสูบฝิ่น เป็นต้น

2.4.2 ชาวลาหู่

ชาวลาหู่ ตามประวัติศาสตร์ของชนชาติ “ลาหู่” มีมานานไม่ต่ำกว่า 4,500 ปี โดยชาวลาหู่มีถิ่นฐานดั้งเดิมอยู่ในธิเบต และอยู่ในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของจีน ต่อมาได้ทยอยอพยพลงมาอยู่ทางตอนใต้ของจีนและเข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2423 ทางตอนเหนือของประเทศไทย โดยตั้งรกรากที่อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่เป็นแห่งแรก ทั้งนี้ชนเผ่าลาหู่ได้แบ่งเป็นเผ่าย่อยอีกหลายเผ่า อาทิ ลาหู่ดำ ลาหู่แดง ลาหู่เหลือง ลาหู่ขาว ลาหู่ปะกิว ลาหู่ปะแกว ลาหู่เฮ่กะ ลาหู่ลาบา ลาหู่เชแล ลาหู่บาลา เป็นต้น

ปัจจุบันในประเทศไทยมีชนเผ่าลาหู่อาศัยอยู่ราว 1.5 แสนคน โดยกระจายอยู่ตามหมู่บ้านต่างๆ ตามแนวชายแดนไทย - พม่ากว่า 800 หมู่บ้าน พื้นที่ที่มีชาวลาหู่อาศัยอยู่มากได้แก่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และลำปาง โดยเฉพาะตามพื้นที่ติดชายแดน ส่วนใหญ่แล้วชนเผ่าลาหู่ มักจะอาศัยปะปนกับชนเผ่าอื่น ๆ หรือคนไทย มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่รวมกันเป็นกลุ่มหรือเป็นหมู่บ้าน เผ่าลาหู่ที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย

คือ ลาหู่แดง ซึ่งมีการนับถือผี โดยโตโบหรือผู้นำทางศาสนา ส่วนลาหู่ดำหรือลาหู่เหลือง ก็มีการนับถือผีเช่นกัน นอกจากนี้เผ่าลาหู่ก็ยังมีการนับถือศาสนาคริสต์อีกด้วย

ด้านวิถีชีวิตของชนเผ่าลาหู่นั้น โดยปกติแล้วชนเผ่าลาหู่ชอบอาศัยอยู่บนที่สูง และเป็นชนเผ่าที่ไม่ชอบความวุ่นวาย มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย เป็นชนเผ่าที่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้คนได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าจะยังชีพด้วยการเป็นชาวนา ปลูกข้าว และข้าวโพด เพื่อการบริโภคในครัวเรือน ลาหู่ก็ยังภูมิใจกับการเป็นนักล่าสัตว์ นอกจากนี้พวกเขายังเคร่งครัดกับกฎระเบียบของความถูกและผิด ทุกๆ คนจะตอบคำถามในพื้นฐานเดียวกับคนรุ่นเก่า ชาวลาหู่เข้มแข็งต่อการยึดมั่นต่อความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และทำงานด้วยกันเพื่อยังชีพ ลาหู่อาจเป็นกลุ่มคนที่มีความเท่าเทียมทางด้านเพศมากที่สุดในโลก และระบบการศึกษาของไทยยังกระจายยังถึงกลุ่มเหล่านี้ยังไม่ดีมากนัก

สรุป ชนเผ่าลาหู่ได้อพยพจากประเทศจีนเข้ามาประเทศไทยผ่านทางประเทศพม่า มีสังคมวัฒนธรรมและภาษาที่เฉพาะ มีอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นสุขภาพของผู้สูงอายุอาจจะเกี่ยวเนื่องกับการประกอบอาชีพ และระดับเศรษฐกิจ ตลอดทั้งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่จำกัดเนื่องจากศักยภาพการใช้ภาษาไทย

2.4.3 ชาวลีซอ

ชาวลีซอบรรพบุรุษของชาวลีซอเป็นคนผิวเหลือง ลีซออพยพลงมาจากเขตเหนือของหุบเขาสาละวินมณฑลยูนนาน ชาวลีซอ เรียกตนเองว่า “ลีซู” ปัจจุบันพบชาวลีซอใน 10 จังหวัด คือ ลำปาง สุโขทัย กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน และพะเยา พวกลีซอพูด ภาษา ทิเบต-พม่า แต่ไม่มีภาษาเขียน

การตั้งถิ่นที่อยู่อาศัยของชาวลีซอจะตั้งหมู่บ้านใกล้น้ำตก เพื่อจะได้ใช้ไม้ไผ่หรือไม้ซางต่อเป็นท่อน้ำเข้ามาใช้ในหมู่บ้าน ลำไม้ซางนี้จะติดต่อกันไปทั่วทุกหลังคาเรือน ลีซอส่วนมากปลูกบ้านติดกับพื้นดิน เช่น ในเขตเชียงรายเสาบ้านทำด้วย ไม้ไผ่ภาย ในบ้านนิยมแบ่งห้องโดยใช้ไม้ไผ่สานกั้นเป็นฝาห้องมีห้องรับแขกที่ใช้นั่งและนอน ห้องนอนอยู่อีกด้านหนึ่ง ระหว่างห้องนอน และห้องรับแขก มีแท่นบูชาดวงวิญญาณบรรพบุรุษหรือตาบิ บ้านของชาวลีซอมีประตูเพียง ประตูเดียว เรียกว่า ประตูผีออก

ชาวลีซอมีหัวหน้าหมู่บ้านดำรงตำแหน่งโดยสืบสายโลหิต แต่ปัจจุบันธรรมเนียมได้เปลี่ยนไป โดยให้มีผู้อาวุโสในหมู่บ้าน เป็น ผู้เลือกหัวหน้า ระบบครอบครัวของลีซอมีการสืบสายโลหิตทางบิดา บุตรชายคนโต ของครอบครัว ต้องนำภรรยามาอยู่บ้านบิดามารดาของตน หากบิดามารดาตายลง น้องชายจำเป็นต้องแยกไปตั้งบ้านเรือนต่างหาก สามีภรรยา คู่ใดไม่พอใจสามารถหย่าขาดจากกันได้ โดยฝ่ายชายต้องเสียค่าปรับให้แก่พ่อตาแม่ยาย ชาวลีซอชอบเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง การคลอดบุตรชายจะได้รับขวัญโดยการฆ่าหมูและไก่อย่างละตัว เด็กที่เกิดใหม่จะถูกนำมาวางบนกระด้ง ทำพิธีกระทืบเท้าลง บนดิน ขับไล่ปีศาจ หมอศาสนาจะทำการผูกเส้นด้ายที่ข้อมือเด็ก

ชาวลีซอเชื่อว่าโลกเต็มไปด้วยผีร้ายและผีดี ผีที่พวกลีซอเกรงกลัวกันมาก คือ ผีหลวงประจำยอดเขา เขาจะสร้างศาล เจ้าเอาไว้ พร้อมกับปักธงหางว่าวมีรั้วล้อมรอบ เชื่อกันว่าผีหลวง นี้โกรธเคืองง่าย เวลาผีหลวง

โกรธจะโยนก้อนหินใหญ่ลงมา บางครั้ง บันดาลให้เกิดฟ้าร้องฟ้าผ่า ผีรองลงมาคือผีเมืองมีศาลอยู่บนเนินเขานอกหมู่บ้าน ผีนี้เป็นผีดีคอยปกปักษ์ อันตราย ให้ชาวลีซอ การเลี้ยงผีหมู่บ้านนี้ มีประจำทุกปี โดยจัดพร้อมกับผีหลวงในเทศกาลปีใหม่ ชาวลีซอมีผู้นำ ศาสนา หรือหมอผี เป็นผู้ประกอบพิธีต่าง ๆ เช่น พิธีแต่งงาน งานศพ งานเซ่นผี ผูกข้อมือ เป็นต้น ในหมู่บ้านลีซอยังมีศาลเจ้าที่ เรียก ศาลปู่เจ้า เชื่อกันว่าทรงอิทธิฤทธิ์และปกป้องหมู่บ้านให้พ้นโจรผู้ร้าย ผีร้าย ข้าวยาก หมากแพง และโรคระบาด ปู่เจ้ายัง ควบคุม พฤติกรรมลูกหลาน (ผีร้ายได้แก่ ผีน้ำ (อิยาเน) ผีป่า (เน่ด่ามา) ผีไร่ (อามิเน่) เป็นต้น

ระบบเศรษฐกิจของชาวลีซอ คือการทำไร่ข้าว ฝิ่น พริก ฝ้าย ข้าวโพด มันฝรั่ง และพืชผักต่าง ๆ การทำไร่ข้าว เพียงเพื่อบริโภคภายใน ครอบครัวมากกว่าขายเป็นสินค้า และนำข้าวบางส่วนไปเลี้ยงหมู ไก่ หรือมาหมัก ต้มกลั่นเป็นสุรา ข้าวโพด ชาวลีซอปลูกฝิ่น ส่งไปขายพ่อค้า แต่ชาวลีซอไม่นิยมสูบฝิ่น นอกจากนั้น ชาวลีซอยังเลี้ยงสัตว์ เช่น ไก่ หมู แพะ แกะ ม้า พืชผลที่นำไปขายได้แก่ พริก มันฝรั่ง ตาอย่างไรก็ตามระดับเศรษฐกิจยังไม่ดีนักและมีจำนวนน้อยที่ได้รับการศึกษาในระบบการศึกษาของไทย

สรุป ชนเผ่าลีซู มีสังคม วัฒนธรรมและภาษาที่เฉพาะ และมีอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ทำสวน มีความเชื่อทางศาสนาผี ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ และอาจจะมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเนื่องจากระดับการศึกษา

2.4.4 ชาวกะเหรี่ยง

ชาวกะเหรี่ยงเป็นชนเผ่าที่จัดได้ว่ามีหลายเผ่าพันธุ์ หลายภาษา มีการนับถือศาสนาที่ต่างกัน แต่กะเหรี่ยงดั้งเดิมจะนับถือผี เชื่อเรื่องต้นไม้ป่าใหญ่ ภายหลังหันมานับถือพุทธ คริสต์ เป็นต้น กะเหรี่ยง มีถิ่นฐานตั้งอยู่ที่ประเทศพม่า แต่หลังจากถูกรุกรานจากสงคราม จึงมีกะเหรี่ยงที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ประเทศไทย กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย กะเหรี่ยงสะกอ หรือที่เรียกนามตัวเองว่า ปากะญอ หมายถึงคน หรือมนุษย์นั้นเอง กะเหรี่ยงสะกอเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด มีภาษาเขียนเป็นของตนเอง โดยมีมิชชันนารีเป็นผู้คิดค้นดัดแปลงมาจากตัวหนังสือพม่า ผสมภาษาโรมัน กลุ่มนี้หันมานับถือศาสนาคริสต์เป็นส่วนใหญ่ กะเหรี่ยงโปร์นั้นเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างเคร่งครัดในประเพณี พบมากที่อำเภอ แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน อำเภอ อมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และแถบตะวันตกของประเทศไทย คือ กะเหรี่ยงบเว พบที่ อำเภอ ขุนยวม แม่ฮ่องสอน ส่วนปะโอ หรือตองสูก็มีอยู่บ้าง แต่พบน้อยมากในประเทศไทย ชนเผ่า "ปกากะญอ" เป็นชนเผ่าที่บอกกล่าวถึงประวัติศาสตร์ความเป็นมานับร้อยนับพันเรื่อง เรียงร้อยเก็บไว้ในแนวของนิทาน อาจจะไม่ใช่หลักฐานที่แน่ชัด แต่ก็พยายามที่จะเล่าสืบทอดให้ลูกหลานได้รู้ ถึงความเป็นมาของเผ่าพันธุ์ และวัฒนธรรมของตัวเอง ชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่นิยมสูบบุหรี่ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย และมีพื้นที่อาศัยอยู่ในที่ราบลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นกลุ่มที่สามารถทำนาเช่นเดียวกับคนพื้นเมืองทางเหนือของประเทศไทย และกะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษาพื้นเมืองได้ดี

สรุป ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่อาจจะมีปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ น้ำดื่ม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในที่ราบลุ่ม

2.4.5 ชาวม้ง

ชาวม้ง เป็นสาขาหนึ่งของชนชาติจีนเป็นกลุ่มจีนเก่า มีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า แม้ว แต่พวกนี้เรียกตนเองว่า ม้ง บรรพบุรุษของชาวม้งเคยอาศัยอยู่บริเวณแม่น้ำเหลือง แถบมณฑลยูนนาน กวางสี กวางเจาในประเทศจีน มีชาวม้งบางส่วนได้อพยพจากประเทศลาวและพม่าเข้าสู่ประเทศไทยมาอาศัยอยู่ทางเหนือของประเทศไทย ม้งใน ประเทศไทยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ม้งน้ำเงิน (ม้งลาย ม้งดำ ม้ง ดอก) และม้งขาว การแบ่งม้งเป็น 2 สาขาดังกล่าวนี้ ก็โดยอาศัยความแตกต่าง ทางภาษา เครื่องแต่งกาย และชื่อที่พวกเขาเรียกตัวเอง ม้งในประเทศไทยอาศัยกระจัดกระจายกันอยู่ในจังหวัดต่างๆทางภาคเหนือ เช่น ในจังหวัดน่าน เชียงราย เชียงใหม่ และยังพบหมู่บ้านม้งตั้งถิ่นฐานอยู่ในจังหวัดตาก แพร่ เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก ชาวม้งในประเทศไทยมีสายสัมพันธ์กับพวกม้งขาว ในประเทศจีนตอนใต้ ซึ่งเป็นพวกที่อพยพมากที่สุดในช่วงปลายศตวรรษ ที่ 19 ม้งในประเทศไทยพูดภาษาที่มีความคล้ายคลึงกับภาษาที่ใช้อยู่ทางตอนใต้ของ ประเทศจีน ภาษาพูดของม้งกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในประเทศไทย สามารถจะใช้ติดต่อกัน ได้แม้ว่าจะมีความแตกต่างกัน

การตั้งถิ่นฐานของชาวม้ง จะตั้งบ้านเรือนบนภูเขาสูงห่างไกลจากชาวเขาเผ่าอื่น ๆ บ้านเรือนปลูกเป็นโรงติดกับพื้นดิน ฝาเรือนทำจากไม้ฟากตั้ง ระบบเครือญาติของม้ง ยึดถือระบบวงศ์ตระกูล (หรือแซ่) โดยนับถือตระกูลทางฝ่ายชาย ตระกูลที่สำคัญ 11 ตระกูล ได้แก่ ซ้ง ลี้ ซอง วั่ง มัว เฒ้า ฮู วู โล (เลา) คิน และย่างสำหรับในประเทศไทย ตระกูลของม้งกระจัดกระจายทั่วไป ซึ่งแต่ละตระกูล จะมีพิธีกรรมทางศาสนาของตัวเอง ระบบครอบครัวของม้ง โดยปกติชายจะมีภรรยาคนเดียว อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อห้าม เช่น ห้ามแต่งงานกับภรรยาของบิดา ห้ามแต่งงานกับสมาชิกของครอบครัว ที่ใช้นามสกุล เดียวกัน ห้ามแต่งงานกับญาติชั้นหนึ่งและชั้นสองหรือพี่น้องข้างเคียง เป็นต้น ผู้ชายม้งถือว่าการแต่งงาน คือ การหาแรงงานมาเพิ่มเติม เมื่อชายต้องการภรรยา เขาจะไปสู่ขอกับบิดามารดาของสตรีผู้นั้น พร้อมกับนำเงินที่ได้ ตกลงกันไปให้ เงินชนิดนี้ เรียก “เงินซื้อเมีย” สตรีผู้นั้นจะเป็นภรรยาของตนทันที

ม้งสองกลุ่มในไทยจะแต่งกายต่างกัน ความแตกต่างในเรื่องนี้ดูได้จากเครื่องแต่งกายของหญิงม้งขาวและม้งน้ำเงิน ม้งน้ำเงิน ผู้หญิงจะสวมกระโปรงจีนพื้นสีน้ำเงิน และมีลวด ลายเป็นสีขาวจาง ๆ ที่ชายกระโปรงปักลวดลายสีต่าง ๆ และมีผ้าปิดข้างหน้าสีดำอยู่ข้างหน้า พวกม้งขาวจะนุ่งกางเกงสีน้ำเงินมีผ้าปิดข้างหน้าสีน้ำเงินและดำทั้งข้างหน้า และข้างหลังบางครั้งจะนุ่งกระโปรงเรียบๆสีขาวไม่มีปักหญิงม้งทั้งสองกลุ่มนี้จะใส่คอเสื้อปักลวดลายเหมือนกันแต่ของม้งขาวจะใหญ่กว่าม้งน้ำเงิน ผู้หญิงม้งขาวจะใช้ผ้าโพก ผมทุกวัน ม้งน้ำเงินจะเกล้าผมสูงไม่ใช้ผ้าโพกผมนอกจากมีงานฉลอง ผู้ชายม้งขาวจะมีผ้าสีขาวอยู่ปลายแขนเสื้อ สวมกางเกงสั้นกว่าม้งน้ำเงิน สวมเสื้อสั้นเปิดท้องสีน้ำเงิน ส่วนม้งลาย ผู้ชายจะสวมเสื้อยาวไม่เปิดพุง กางเกงสีดำยาวถึงตาตุ่ม

ระบบเศรษฐกิจ ชาวม้งทำการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปลูกข้าวไร่ ข้าวโพด มันฝรั่ง ยาสูบ ผัก ฝิ่น ชาวแม้วนิยมการปลูกฝิ่นหมุนเวียนกับ การปลูกข้าวโพด

ระบบการปกครองของม้งจะมีหัวหน้าหมู่บ้านซึ่งจะมีการรวมกลุ่มของผู้ชาย หัวหน้าหมู่บ้านอาจมีมากกว่าหนึ่งคน ตระกูลที่มีสมาชิกจำนวนมากแสดงให้เห็นถึงความมั่งคั่ง อย่าง ไรก็ตาม การเป็นหัวหน้าหมู่บ้านของม้งไม่มีกำหนดวางไว้ เมื่อได้รับตำแหน่งแล้วก็จะดำรงตำแหน่งตลอดไปจนสิ้นสภาพ เมื่อตายหรือลาออกหรือที่ประชุมหมู่บ้านเห็นว่าไม่ เหมาะสมจะมีมติให้ลาออก ในการปกครองของพวกม้งจะยึดถือจารีต

ประเพณี ผีที่ม้งนับถือมี 2 ชนิด คือ ผีฟ้า หมายถึง ผู้สร้างแผ่นดิน มนุษย์และสัตว์ บันดาลให้เกิดและตายได้ ผีเรือน คือ วิญญาณของบรรพบุรุษ ทำหน้าที่ปกปักรักษามิให้เกิดอันตรายอำนวยความสุข ความร่ำรวย และอาจทำให้เจ็บป่วย และยากจนได้เช่นกัน ผีเรือนของม้งมี 6 ตนเรียงลำดับตามอาวุโส คือ ผีปู่ย่าตาทวด ผีเสากลางบ้าย ผีเตาไฟ ผีเตาข้าวหมู ผีประตู และผีห้องนอน ม้งเชื่อว่า มนุษย์ตายไปแล้ว วิญญาณยังคงเวียนว่ายอยู่ระหว่างบ้านของตนกับหลุมฝังศพ ชาวม้งจึงทำแท่น บูชาผีเรือนไว้ทุกบ้านและมีการเซ่นไหว้เป็นประจำ

สรุป ผู้สูงอายุชาวม้ง อาจจะมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากการประกอบอาชีพตั้งแต่วัยเยาว์ วิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางผี ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจจะมีการพึ่งพิงการดูแลสุขภาพจากความเชื่อเหล่านี้ได้

2.4.6 ชาวเย้า

ชาวเย้า เมี่ยน (เย้า) ได้รับการจัดให้อยู่ในเชื้อชาติ มองโกลอยด์ คืออยู่ในตระกูลจีนธิเบต คนเย้าในประเทศไทย เรียกตัวเองว่า เมี่ยน หรือ อิ้วเมี่ยน ซึ่งมีความหมายว่า มนุษย์ หรือ คนเหยา ซุ่น อัน กล่าวว่าชาวเย้าในประเทศจีนแยกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ เผ่าเปี้ยน เผ่าปูนู เผ่าฉาซัน และเผ่าผิงตี้ ชาวเย้าเผ่าเปี้ยนมีประชากรมากที่สุดและเป็นกลุ่มที่ย้ายถิ่นฐานตลอดเวลาเป็นระยะทางที่ไกลที่สุด และกระจายกันอยู่ในอาณาบริเวณที่กว้างขวางที่สุดด้วย ภาษาเย้าในปัจจุบัน ผ่านการพัฒนากลายเป็นภาษาถิ่นย่อย 3 ภาษา คือ ภาษาเมี่ยน ภาษาปูนู และภาษาลักจา ชาวเย้ามีการรักษาโรคได้หลายแบบขึ้นอยู่กับอาการที่ปรากฏว่ามากหรือน้อย เป็นอาการทางร่างกายหรือทางจิตใจ วิธีการรักษามีหลายแบบ เช่น การดึงหรือบีบบริเวณที่ปวด รักษาด้วยสมุนไพร และรักษาด้วยการเลี้ยงผี หรือหากมีอาการเจ็บป่วยมากก็จะอาศัยการรักษาแบบสมัยใหม่ด้วยการไปโรงพยาบาล และสิ่งหนึ่งที่เมี่ยนนิยมใช้ควบคู่กับการรักษาพยาบาล คือ การทำพิธีกรรม ชาวเย้าเป็นกลุ่มที่มีอาชีพหลัก จากการปลูกพืชสวน พืชไร่ ทั้งนี้เพื่อใช้ดำรงชีวิตประจำวันแล้วยังมีส่วนเกี่ยวข้องถึงการประกอบพิธีกรรมด้วย ชาวเย้ามีระดับการศึกษาที่ต่ำและระดับเศรษฐกิจที่ต่ำ เช่นเดียวกัน

สรุป ผู้สูงอายุชาวเย้า อาจจะมีปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ การไม่สามรถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพอันเนื่องมาจากระดับเศรษฐกิจ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Isil, et al (2013) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวตุรกีที่มีรายได้ต่ำมีความทุกข์มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ดี 4.3 เท่า ในกลุ่มที่มีสถานะหย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีความทุกข์มากกว่ากลุ่มที่มีคู่ 8.4 เท่า และ Parisa, et al (2015) พบว่าอัตราความชุกของโรคต้อกระจกในกลุ่มผู้สูงอายุอิหร่าน ร้อยละ 22.6% เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาต้อกระจกและผ่านการผ่าตัดต้อกระจก ผู้หญิง 13.2% และ ผู้ชาย 12.6% เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ในส่วนขอภาวะโภชนาการ 5.5% ของผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหารรุนแรง ร้อยละ 41.3% มีภาวะทุโภชนาการ

Lei, et al (2016) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุประเทศจีนเพศชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ใช้เวลาในการนอนหลับ 9 ชั่วโมงมากกว่าคนที่นอน 6-8 ชั่วโมง 1.3 เท่า นอกจากนี้การงีบหลับ 1 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์ต่อการไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเพศชายน้อยกว่ากลุ่มคนที่ไม่ได้งีบ ในขณะที่ Sydney, et

al (2016) รายงานว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มาเก๊า ประเทศจีน ที่มีประสบการณ์หกล้มหลังจากอายุ 60 ปี ที่มีปัญหาเกี่ยวกับ สายตา ข้อเข่าอักเสบและโรคปอด มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์หกล้ม สำหรับเพศชายที่มีปัญหาต่อมลูกหมากมีความพึงใจในชีวิตต่ำกว่ากลุ่มไม่มีปัญหาต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ Lee, et al (2015) พบว่าอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์ 74.1% และมีปัจจัยที่สัมพันธ์ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ อายุที่มากขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำ และคนที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน

Aganiba, et al (2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในประเทศกาน่าสถานะสุขภาพของเพศหญิงมีภาวการณ์เป็นโรคมากกว่าผู้ชาย ในส่วนของการประเมินสุขภาพพบว่า 18% มีดัชนีมวลต่ำกว่ามาตรฐาน และ 21.5% เกินค่ามาตรฐาน ส่วนการบริโภคสุราและกลุ่มที่มีปัญหาทางสายตาพบว่ามีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญ และ Fabiana, et al (2016) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแผลเบาหวานที่เท้า ร้อยละ 58.6% ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลเบาหวานที่เท้าเกิดจากอายุที่มากขึ้น และในส่วนผู้สูงอายเพศชายจะพบแผลเบาหวานที่เท้าจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้อินซูลินเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 5 เท่า และ Naim, et al (2013) พบว่า ร้อยละ 83% ของผู้สูงอายุในประเทศโคโซโวมีปัญหาโรคเรื้อรัง (63% โรคหลอดเลือดหัวใจ) และ 45% เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้มีปัญหาโรคเรื้อรัง คือ เพศหญิง อายุที่มากขึ้น ความยากจน การเข้าถึงบริการทางการแพทย์

Shin, et al (2013) พบว่าผู้สูงอายุประเทศเกาหลีมีอัตราความชุกในการสูบบุรี่ในเพศชาย 23.3% และในเพศหญิง 3.9% และ Sanjeev, et al (2016) อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุอินเดียในชนบท 56.7% ส่วนใหญ่รูปแบบการสูบแบบบิดิ 56.7% และไม่พบว่าการสูบุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางอายุ เพศ ฐานะทางสังคม แต่พบว่าอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ Lim, et al (2016) พบว่าอัตราความชุกของกลุ่มผู้สูงอายุมาเลเซียที่สูบหรี่สูบบุรี่ 11.9% ในปัจจุบันอัตราความชุกในเพศชายสูบบุหรี่ (ร้อยละ 28.1%) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 2.9%)

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุของชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ กรณีศึกษาบ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบมีอาการดังนี้ ปวดเข่า, ปวดหัว, ปวดท้อง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรควัณโรค, มะเร็งปอด พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้วิธีการรักษาจากหมอสมุนไพรและหมอผี ถ้าหากมีอาการรุนแรง ผู้สูงอายุจะไปรับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน (Umaporn, 2015) สร้อยศิริ ทวีบูลและคณะในกลุ่มผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ที่อำเภอแม่สอดจังหวัดตาก พบว่าอัตราการเป็นโรคฟันผุ เท่ากับร้อยละ 78 และมีปัญหาโรคเหงือกมีค่า Community Periodontal Index (CPI)-score เท่ากับ 2.06+-0.32 ร้อยละ 11 เท่านั้นที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (Sroisiri, 2010)

Onivaldo, et al (2013) รายงานการใช้เวลาทดสอบของ Timed up and go test อยู่ในช่วง 0-19 วินาที และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความไม่สมดุลของร่างกาย เวลาในการใช้ในการทดสอบ อาการวิงเวียน และประวัติการหกล้มพบว่ามีความสัมพันธ์กัน และพุทธิพงษ์ พลคำฮักและคณะ ได้ทำการทดสอบเครื่องมือ Five Times Sit-to- Stand Test ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยที่มีประวัติการล้มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มไม่ที่เคยล้มมาก่อน (22.53±2.40 kg/m^2 ในเพศชายและ 22.17±1.76 kg/m^2 ในเพศหญิง) รวมไปถึงโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าในมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงมากกว่า 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างที่ล้ม ส่วน Pradnya (2016) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุประเทศอินเดีย คือ มีปัญหาเรื่องการมองเห็น มีอาการวิงเวียน สภาพที่ไม่สมดุล ปัญหาโรคเรื้อรัง กลุ่มกลัวการหกล้ม และเคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน

จากการศึกษาของธวัชชัย อภิเดชกุลและคณะ (2016) ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย พบว่าระดับความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยในผู้สูงอายุชาวอาข่า โดยความสามารถในการอ่านและภาษาไทย ร้อยละ 96.0 ความสามารถในการสื่อสารหรือการพูด ร้อยละ 74.0

บทที่ 3
ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

3.1 ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย Analytic cross-sectional study design

3.2 พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือจังหวัดเชียงราย โดยจะดำเนินการสุ่มเก็บข้อมูลจากทุกหมู่บ้านที่มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่

3.3 กลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษาในครั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในวันที่เก็บข้อมูล และเป็นชาวไทยภูเขา ชนชาติพันธุ์อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า และลีซู

3.3 การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{d^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

n = Sample size

N = Total number of population who live in the study areas

P = Proportion of events in the population (0.21)(กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

Q = Proportion of failures in the population (0.79) (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

Z = Standard normal deviation

d = Allowable error

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 547 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย 10% นั้น ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 601 คน (ชนเผ่าละ 100 คน)

แต่อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลในส่วนของกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนด้วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จะสุ่มเก็บกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน (ผู้ที่มีบัตรประชาชน 100 คนและไม่มีบัตรประชาชน 30 คน) ต่อชนเผ่า รวมทั้งหมด 6 ชนเผ่า ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 780 คน

3.4 การคัดเลือกประชากรศึกษา

ในกระบวนการเก็บข้อมูล นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลประชากรชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย จากทั้งหมด 647 หมู่บ้าน โดยมีอาข่า 243 หมู่บ้าน ลีซอ มี 35 หมู่บ้าน กะเหรี่ยง มี 36 หมู่บ้าน ม้ง มี 56 หมู่บ้าน เย้ามี 63 หมู่บ้าน ลาหู่มี 316 หมู่บ้าน

นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มแบบง่าย โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสุ่มหมู่บ้าน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยวิธีสุ่มแบบง่าย เพื่อให้ได้ จำนวน 13 คน ต่อหมู่บ้าน (10 คน สำหรับผู้ที่มีบัตรประชาชน และ อีก 3 คน เป็นคนที่ไม่มีบัตรประชาชนคนไทย) ดังนั้น ดังนั้นต้องการ 10 หมู่บ้านในแต่ละชนเผ่า ทั้งหมด จึงเป็น 60 หมู่บ้าน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลชุดนี้จะใช้กับโครงการย่อยทั้ง 4 โครงการ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรและเศรษฐานะ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพทั่วไป จำนวน 21 ข้อ ใช้สำหรับการประเมินสุขภาพกาย

ส่วนที่ 3 แบบสอบด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามในส่วนนี้จะมีการดำเนินเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะต่อไป

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวทางสุขภาพ (จำนวน 30 ข้อ)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 2 ชิ้น คือ

5.1 5-Times Sit to Stand Test

5.2 Time up and go (TUG)

ส่วนที่ 6 เก็บตัวอย่างเลือด ปริมาณ 5 ซีซี เพื่อใช้ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจระดับ 4 ตัวชี้วัด

6.1 ผลตัวบ่งชี้ทางชีวภาพได้ผลการตรวจมาจากห้องปฏิบัติการ ได้อิงเกณฑ์จากการวิธีการตรวจ ดังนี้

- ค่า Glucose (Fasting blood sugar) ค่าปกติ คือ ช่วง 70-110 mg/dl
- ค่า Uric acid ค่าปกติ คือ น้อยกว่า 7 mg/dl
- ค่า Cholesterol ค่าปกติ คือ น้อยกว่า 200 mg/dl
- ค่า Triglyceride ค่าปกติ คือ น้อยกว่า 200 mg/dl

3.8 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร งานวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทิศทางที่ชัดเจนขึ้น
2. ประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อทราบความก้าวหน้าทุก 2 สัปดาห์
3. สุ่มพื้นที่ทำการวิจัยและติดต่อพื้นที่ทำวิจัย
4. คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยและอบรม โดยพยายามคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สามารถใช้ภาษาชนเผ่า

5. ประชุมวางกรอบงานวิจัยร่วมกับที่ปรึกษาแผนงานวิจัย และจะมีการประชุมร่วมกับที่ปรึกษาทุก 1-2 เดือน

6. พัฒนาแบบสอบถาม แบบประเมิน ต่าง ๆที่ใช้ในการวิจัย

7. ทดสอบแบบคุณภาพแบบสอบถามและแบบประเมิน

7.1 มีการดำเนินการทำสนทนากลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 2 ครั้งในแต่ละชนเผ่า(ชายและหญิง ชาย 1 ครั้ง หญิง 1 ครั้ง)

7.2 มีการประชุมกลุ่มนักวิจัยเพื่อสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากการทำสนทนากลุ่ม

7.3 เรียบเรียงข้อมูลเนื้อหาจากการสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรมพัฒนาเป็นแบบสอบถาม

7.4 พัฒนาแบบสอบถามตามลักษณะคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์ของแต่ละโครงการวิจัย

7.5 มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือจากกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ครั้ง ในอำเภอแม่จันและแม่ฟ้าหลวงเพื่อทดสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม

7.6 หลังจากนั้นได้ทำการประเมินคุณภาพด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (IOC Technique) ข้อไหนที่มีค่าต่ำกว่า 0.5 ตัดออก ข้อที่มีค่า 0.5 - 0.7 จะนำมาพัฒนาใช้ข้อที่มีค่ามากกว่า 0.7 นำไปใช้ได้

7.7 ทดสอบความเที่ยงในส่วนแบบสอบถามที่เป็นแบบสอบถามที่เป็นทัศนคติการดูแลสุขภาพ (10ข้อ) และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (10 ข้อ) ในกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 15 คน จำนวนอำเภอแม่ฟ้าหลวง มีค่า Cornbrash’s alpha เท่ากับ 0.82 และ 0.76 ตามลำดับ ร่างแบบสอบถามที่วัดความรู้ทดสอบได้ KR = 0.7 นำไปใช้ในกลุ่มประชากรใกล้เคียงจำนวน 20 คน

8. คัดเลือกและประชุมชี้แจงโครงการให้พื้นที่วิจัยรับทราบโดยเฉพาะผู้นำชุมชน

9. เก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลที่ที่เป็นแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยเฉพาะประเด็นการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ

10. ดำเนินการชั่งน้ำหนักโดยทุกการชั่งมีการปรับหน้าปัดให้ตรงค่าปกติทุกครั้ง และมีการวัดส่วนสูงโดยใช้ไม้วัดส่วนสูงแบบมีฐานในการวัด

11. ทำการวัดความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง โดยการวัดครั้งที่ 1 จะให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลา 30 นาที และเว้นระยะห่างในการวัดครั้งที่สอง 15 นาที จากนั้นนำค่าวัดความดันโลหิต 2 ครั้งมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

12. ดำเนินการเก็บตัวอย่างเลือก 5 ซีซี เพื่อการวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจประเมินระดับชีวเคมี จำนวน 4 ตัวชี้วัด คือ Cholesterol, Uric acid, Triglyceride, Glucose

12.1 กลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บตัวอย่างเลือด 5 ซีซี โดยนักเทคนิคการแพทย์ ช่วงเช้าตรู่ของวันที่ทำการวิจัย เจ้าหน้าที่แจ้ง NPO ให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อน 1-2 วัน

12.2 ตัวอย่างเลือดจะถูกปั่นเพื่อแยกซีรั่มทันที

12.3 ซีรั่มจะถูกแยกเก็บและเก็บไว้ในกล่องโฟมที่ควบคุมความเย็น

12.4 ซีรั่มจะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการแพทย์เพื่อวิเคราะห์ชีวเคมี

13. ดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินโดยการทดสอบจับเวลาในการลุกขึ้นยืน (Sit-to-stand test, STS - test) เพื่อทำนายความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุไทยโดยใช้การทดสอบการลุกยืน 5 ครั้ง โดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ควบคุมการดำเนินกิจกรรม ซึ่งพบว่าค่าตัดแบ่งคือ 11 วินาทีขึ้นไป กล่าวคืออาสาสมัครที่ใช้เวลาในการทดสอบ FTSST ตั้งแต่ 11 วินาทีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการล้ม

14. ต่อมามีการเก็บข้อมูลการทดสอบ Timed Up and Go (TUG) เพื่อคัดกรองการล้มในผู้สูงอายุ โดยนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ควบคุมการดำเนินกิจกรรม โดยค่าที่ใช้ มีค่าเวลาปกติของ การทดสอบ TUG ค่าตัดแบ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุคือ > 13.5 วินาที สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

15. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงิน 300 บาท

16. วิเคราะห์ข้อมูล

17. สรุปงานวิจัยและเขียนรายงานการวิจัย

3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. Descriptive Statistics เช่น Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation ซึ่งจะใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มศึกษาต่าง ๆ
2. Inferential Statistics ใช้ $\chi^2 - \text{test}$ และ Logistic regression

3.10 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2558 เลขที่ REH-58087

ข้อมูลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อมูลจากแบบสอบถามหลังจากนักวิจัยดำเนินการแปลผลแล้วมูลดังกล่าวได้ถูกทำลายทิ้งอย่างเหมาะสม ส่วนข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลตัวเลขที่แปลงรหัสจากแบบสอบถามในการวิเคราะห์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสืบค้นไปถึงตัวบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง

ในกลุ่มตัวอย่างที่พบความผิดปกติของค่าระดับตัวชีวเคมีตัวใดตัวหนึ่งหรือทั้งหมดนักวิจัยจะส่งผลดังกล่าวไปยังผู้ใหญ่บ้านและแนะนำให้ไปพบแพทย์หรือเจ้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 4
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยโครงการการประเมินสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจังหวัดเชียงรายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกาย ประเมินระดับความรู้ ทัศคติและการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ และศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทั้ง 6 เผ่า ซึ่งมีผลการวิจัยดังต่อไปนี้

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 793 คน จากหมู่บ้านทั้งหมด 61 หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านอาข่า จำนวน 10 หมู่บ้าน ลาหู่ จำนวน 10 หมู่บ้าน ลีซอ จำนวน 10 หมู่บ้าน เย้า จำนวน 10 หมู่บ้าน ม้ง จำนวน 11หมู่บ้าน กะเหรี่ยง จำนวน 10 หมู่บ้าน

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.4) ร้อยละ 93.9 เป็นผู้มีสัญชาติไทย ร้อยละ 51.7 เป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 71.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 เป็นกลุ่มไม่ได้ศึกษาเล่าเรียน ร้อยละ 70.5 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 66.8 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 42.4 มีจำนวนสมาชิกครอบครัว ≥ 6 คน ร้อยละ 62.9 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 89.7 มีรายได้ ≤ 5,000 บาท ร้อยละ 13.3 เป็นกลุ่มที่มีหนี้ ≤ 5,000 บาท

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ทั้งหมด	793	100.0
เพศ		
ชาย	393	49.6
หญิง	400	50.4
สัญชาติ		
มีสัญชาติไทย	745	93.9
ไม่มีสัญชาติไทย	48	6.1
ชาติพันธุ์		
อาข่า	130	16.4
ลาหู่	133	16.8
ม้ง	140	17.6
เย้า	130	16.4
กะเหรี่ยง	130	16.4
ลีซู	130	16.4

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-69	410	51.7
70-79	279	35.2
≥80	104	13.1
Mean =70, S.D. = 7.57, Min = 60, Max = 100		
ศาสนา		
พุทธ	567	71.5
คริสต์	225	28.4
อิสลาม	1	0.1
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	739	93.8
ประถมศึกษา	41	5.2
มัธยมศึกษา	8	1.0
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ		
บุตร	559	70.5
ญาติ	12	1.5
สามี/ภรรยา	174	21.9
คนเดียว	48	6.1
สถานะภาพ		
โสด	15	1.9
คู่	524	66.8
หย่าร้าง	20	2.5
หม้าย	226	28.8
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1	40	5.0
2	116	14.6
3-5	301	38.0
6	336	42.4
Mean =5.23, S.D. = 3.09, Min = 1, Max = 29		

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตรที่มีชีวิต		
ไม่มี	24	3.0
1-2	145	18.3
3-5	377	47.6
6-10	235	29.6
≥ 11	12	1.5
Mean =4.49, S.D. = 2.52 , Min = 0, Max = 16		
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	499	62.9
เกษตรกร	252	31.8
ค้าขาย	11	1.4
รับจ้าง	19	2.4
อื่นๆ	12	1.5
รายได้ (ต่อเดือน)		
ไม่มี	69	8.7
≤5,000	707	89.2
≥5,001	17	2.1
Mean = 1,129.76, S.D. = 1,273.68 , Min = 0, Max = 9,000		
หนี้สิน (บาท)		
ไม่มี	673	84.9
≤5,000	14	1.8
5,001-10,000	11	1.4
10,001-50,000	58	7.3
≥50,001	37	4.6
Mean =10,378.69, S.D. = 52,277.94, Min = 0, Max = 1,000,000		

ตารางที่ 2 การกระจายของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามช่วงอายุ

คุณลักษณะ	อายุ (ปี)						χ^2	p-value
	60-69		70-79		≥80			
	n	%	n	%	n	%		
เพศ								
ชาย	213	54.2	129	32.8	51	13.0	2.18	0.336
หญิง	197	49.3	150	37.5	53	13.2		
ชาติพันธุ์								
อาข่า	66	50.8	49	37.7	15	11.5	10.74	0.378
ลาหู่	77	57.9	37	27.8	19	14.3		
ม้ง	67	47.9	48	34.3	25	17.9		
เย้า	60	46.2	55	42.3	15	11.5		
กะเหรี่ยง	72	55.4	45	34.6	13	10.0		
ลีซู	68	52.3	45	34.6	17	13.1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตามกลุ่มอายุในเพศชายแลหญิง ไม่ต่างกัน และการกระจายตัวของจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุ ในทั้ง 6 ชนเผ่า ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ระดับความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่าง

ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย	ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%		
ด้านการพูด						
ไม่ได้	101	31.8	217	68.2	76.73	<0.001*
ได้เล็กน้อย	181	56.6	139	43.4		
ได้ดี	111	71.6	44	28.4		
ด้านการฟัง						
ไม่ได้	95	32.2	200	67.8	71.96	<0.001*
ได้เล็กน้อย	185	53.9	158	46.1		
ได้ดี	113	72.9	42	27.1		
ด้านการอ่าน						
ไม่ได้	344	46.5	395	53.5	40.13	<0.001*
ได้เล็กน้อย	36	94.7	2	5.3		
ได้ดี	13	81.3	3	18.8		
ด้านการเขียน						
ไม่ได้	350	47.0	395	53.0	32.91	<0.001*
ได้เล็กน้อย	32	91.4	3	8.6		
ได้ดี	11	84.6	2	15.4		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตางที่ 3 ศักยภาพในการสื่อสารภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านการพูด ด้านการฟัง ด้านการอ่าน และด้านการเขียน ระหว่างชายและหญิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีศักยภาพการใช้ภาษาไทยได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง

ผลการตรวจสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 จากตางเปรียบเทียบเพศกับโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข

คุณลักษณะ	รวมทั้งหมด		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
โรคเบาหวาน (จากการสอบถามประวัติ)								
เป็น	75	9.5	31	41.3	44	58.7	2.24	0.134
ไม่เป็น	718	90.5	362	50.4	356	49.6		
โรคความดันโลหิตสูง (จากการสอบถามประวัติ)								
เป็น	240	30.3	114	47.5	126	52.5	0.58	0.445
ไม่เป็น	553	69.7	279	50.5	274	49.5		
โรคหัวใจ								
เป็น	29	3.7	16	55.2	13	44.8	0.37	0.538
ไม่เป็น	764	96.3	377	49.4	387	50.7		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากการประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสอบถามประวัติการเป็นโรค เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ละโรคหัวใจพบว่า เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.3 และเป็นโรคโรคหัวใจ ร้อยละ 3.7

อย่างไรก็ตามอัตราส่วนการเป็นและไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ระหว่างเพศ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 ผลการประเมินโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	n	%
โรคความดันโลหิตสูง (จากการสอบถาม)		
ไม่มี	553	69.7
มี	240	30.3
ประวัติการรักษา		
ควบคุมไม่ได้	50	20.8
ควบคุมได้	190	79.2
การตรวจวัดความดันโลหิต (กลุ่มที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิต)		
ปกติ	495	89.5
ผู้ป่วยรายใหม่	58	10.5

จากการประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า 240 คน (ร้อยละ 30.3) เป็นโรคความดันโลหิตสูงและกำลังได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกลุ่มดังกล่าว มีจำนวน 50 คน (ร้อยละ 20.8) เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันของตัวเองได้

ในส่วนกลุ่มที่ไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง จากจำนวนทั้งหมด 553 ราย หลังจากตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิต จำนวน 2 ครั้ง เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต พบว่า 58 คน (ร้อยละ 10.5) เป็นกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่

ตารางที่ 6 ผลการประเมินโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	n	%
โรคเบาหวาน(จากการสอบถาม)		
ไม่มี	718	90.5
มี	75	9.5
ประวัติการรักษา		
ควบคุมไม่ได้	7	9.3
ควบคุมได้	67	89.3
(Missing = 1, 1.4%)		
การตรวจน้ำตาลในเลือด (กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน)		
ปกติ	645	89.8
ผู้ป่วยรายใหม่	55	7.7
(Missing = 18, 2.6%)		

จากการประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินภาวะการเป็นโรคเบาหวานโดยการสอบถาม พบว่า จำนวน 75 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและกำลังได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล และหลังจากประเมินระดับน้ำตาลในเลือด โดยวิธี Fasting Blood Sugar พบว่า มีจำนวน 7 คน (ร้อยละ 9.3) เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ในกลุ่มที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวาน หลังจากที่มีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด โดยวิธี Fasting Blood Sugar พบว่า 55 คน (ร้อยละ 7.7) เป็นกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่รู้ตัวเป็นโรคเบาหวานหรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ (ตาราง ที่ 6)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขกับเพศ

คุณลักษณะ	รวมทั้งหมด		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
โรคเบาหวาน								
เป็น	130	16.4	66	50.8	64	49.2	0.13	0.712
ไม่เป็น	645	81.3	316	49.0	329	51.0		
(Missing = 18, 2.3%)								
โรคความดันโลหิตสูง								
เป็น	298	37.6	138	46.3	160	53.7	2.01	0.156
ไม่เป็น	495	62.4	255	51.5	240	48.5		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 7 ในภาพรวม พบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.4 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.6 อย่างไรก็ตามการกระจายตัวของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกายกลุ่มชาติพันธุ์

คุณลักษณะ	รวมทั้งหมด		ชาติพันธุ์												χ^2	p-value
			อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
โรคเบาหวาน																
เป็น	130	16.4	11	8.5	26	20.0	11	8.5	26	20.0	34	26.2	22	16.9	24.48	≤0.001*
ไม่เป็น	645	81.3	117	18.1	107	16.6	124	19.2	95	14.7	95	14.7	107	16.6		
(Missing = 18, 2.3%)																
โรคความดันโลหิตสูง																
เป็น	298	37.6	52	17.4	53	17.8	31	10.4	67	22.5	39	13.1	56	18.8	30.49	≤0.001*
ไม่เป็น	495	62.4	78	15.8	80	16.2	109	22.0	63	12.7	91	18.4	74	14.9		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตางที่ 8 ในภาพรวามอัตราความชุกของโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา คือ ร้อยละ 16.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราความชุกเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คือ กะเหรี่ยง ร้อยละ 26.2 รองลงมา เป็นกลุ่ม เย้าและลาหู่ ซึ่งมีอัตราความชุกการเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.0

อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา คือ ร้อยละ 37.6 กลุ่มที่มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุด คือ เย้า (ร้อยละ 22.5) รองลงมาเป็นกลุ่มลีซอ (ร้อยละ 18.8) และการกระจายของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในแต่ละชนเผ่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรมสุขภาพ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวมทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
การสูบบุหรี่																
สูบ	156	19.7	24	15.4	30	19.2	23	14.7	29	18.6	32	20.5	18	11.5	79.02	≤0.001*
ไม่สูบ	486	61.3	94	19.4	70	14.4	106	21.9	72	14.8	48	9.7	96	19.8		
เลิกสูบแล้ว	151	19.0	12	7.9	33	21.9	11	7.3	29	19.2	50	33.1	16	10.6		
การดื่มสุรา																
ดื่ม	116	14.6	18	15.5	12	10.3	17	14.7	25	21.6	28	24.1	16	13.8	43.93	≤0.001*
ไม่ดื่ม	538	67.8	99	18.4	92	17.1	109	20.3	88	16.4	77	14.2	73	13.6		
เลิกดื่มแล้ว	139	17.5	13	9.4	29	20.9	14	10.1	17	12.2	25	18.0	41	29.5		
การกินยาบ้า																
กิน	15	1.9	6	39.9	1	6.7	3	20.0	3	20.0	1	6.7	1	6.7	12.15	0.275
ไม่กิน	776	97.9	124	16.0	132	17.0	137	17.7	126	16.4	128	16.4	129	16.6		
เลิกกินแล้ว	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0.0	0.0		
การสูบฝิ่น																
สูบ	16	2.0	6	37.5	2	12.2	4	25.0	3	18.9	0	0	1	6.4	15.77	0.106
ไม่สูบ	723	91.2	112	15.5	125	17.3	124	17.2	115	15.9	123	16.9	124	17.2		
เลิกสูบแล้ว	54	6.8	12	22.2	6	11.1	12	22.2	12	22.2	7	13.0	5	9.3		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

พฤติกรรมสุขภาพ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวมทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
การทานอาหารดิบ																
ทาน	356	44.9	46	12.9	53	14.9	63	17.7	53	14.9	76	21.4	65	18.3	29.65	0.001*
ไม่ทาน	385	48.5	79	20.5	74	19.2	68	17.7	69	17.9	43	11.2	52	13.5		
เลิกทานแล้ว	52	6.6	5	9.6	6	11.5	9	17.3	8	15.4	11	21.2	13	25.0		
การเคี้ยวหมาก																
เคี้ยว	189	23.8	60	31.7	25	13.2	5	2.6	2	1.1	30	15.9	67	35.4	159.80	≤0.001*
ไม่เคี้ยว	604	76.2	70	11.6	108	17.9	135	22.4	128	21.2	100	16.6	63	10.4		
การออกกำลังกาย																
ทำ	433	54.6	68	15.7	88	20.3	75	17.3	66	15.2	54	12.5	82	18.9	37.50	≤0.001*
ไม่ทำ	80	10.1	22	27.5	7	8.8	15	18.8	7	8.8	22	27.5	7	8.8		
ทำอาชีพ	280	35.3	40	14.3	38	13.6	50	19.9	57	20.4	54	19.0	41	14.7		
เหมือนออกกำลังกาย																

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตารางที่ 9 ในภาพรวมของอัตราความชุกของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่า สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 มีพฤติกรรมดื่มสุรา ร้อยละ 14.6 รับประทานอาหารดิบ ร้อยละ 44.9 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 23.8 และร้อยละ 10.1 ไม่ออกกำลังกาย โดยพบว่ากะเหรี่ยง เป็นกลุ่มที่อัตราความชุกของการสูบบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 20.5) เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ 24.1) และกะเหรี่ยงยังเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบ ๆ มากที่สุด (ร้อยละ 21.4) ส่วนกลุ่มลีซอ เป็นกลุ่มที่มีการเคี้ยวหมากมากที่สุด (ร้อยละ 35.4)

อย่างไรก็ตามในการประเมินความแตกต่างในพฤติกรรมสุขภาพแต่ละประเด็นระหว่างชนเผ่า พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรม หารรับประทานอาหารดิบ ๆ การเคี้ยวหมาก และพฤติกรรมการออกกำลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามเพศ

คุณลักษณะ	รวมทั้งหมด		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
การสูบบุหรี่								
สูบ	156	19.7	117	75.0	39	25.0	173.52	≤0.001*
ไม่สูบ	486	61.3	151	31.1	335	68.9		
เลิกสูบแล้ว	151	19.0	125	82.8	26	17.2		
การดื่มสุรา								
ดื่ม	116	14.6	107	92.2	9	7.8	222.02	≤0.001*
ไม่ดื่ม	538	67.8	169	31.4	369	68.6		
เลิกดื่มแล้ว	139	17.5	117	84.2	22	15.8		
การทานอาหารดิบ								
ทาน	356	44.9	250	70.2	106	29.8	145.24	≤0.001*
ไม่ทาน	385	48.5	106	27.5	279	72.5		
เลิกทานแล้ว	52	6.6	37	71.2	15	28.8		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

คุณลักษณะ	รวมทั้งหมด		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
การสูบฝิ่น								
สูบ	16	2.0	11	68.8	5	31.3	23.95	≤0.001*
ไม่สูบ	723	91.2	339	46.9	384	53.1		
เลิกสูบแล้ว	54	6.8	43	79.6	11	20.4		
การกินยาบ้า								
กิน	15	1.9	10	66.7	5	33.3	3.43	0.115*[b]
ไม่กิน	776	97.9	381	49.1	395	50.9		
เลิกกินแล้ว	2	0.3	2	100.0	0	0		
การเคี้ยวหมาก								
เคี้ยว	189	23.8	80	42.3	109	57.7	5.19	0.023*
ไม่เคี้ยว	604	76.2	313	51.8	291	48.2		
การออกกำลังกาย								
ทำ	80	54.6	36	45.0	44	55.0	26.05	≤0.001*
ไม่ทำ	433	10.1	184	42.5	249	57.5		
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	280	35.3	173	61.8	107	38.2		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

* [b] = Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 10 การกระจายตัวของจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆระหว่างเพศ พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบ ๆ การสูบฝิ่น การกินยาบ้า การเคี้ยวหมาก และพฤติกรรมการออกกำลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบกลุ่มตัวอย่างผู้ชายมี

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบ ๆ การสูบฝิ่น การกินยาบ้า มากกว่าเพศหญิง ส่วนพฤติกรรมการเคี้ยวหมากและการออกกำลังกาย พบมากในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศคติ และการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพระหว่างชนเผ่า

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวมทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
รวมทั้งหมด	377	100.0	60	15.9	76	20.2	46	12.2	70	18.6	73	19.4	52	13.8		
ระดับความรู้																
ต่ำ	61	16.2	15	24.6	13	21.3	10	16.4	8	13.1	5	8.2	10	16.4	15.07	0.129
ปานกลาง	167	44.3	24	14.4	33	19.8	21	12.6	38	22.8	31	18.6	20	12.0		
สูง	149	39.5	21	14.1	30	20.1	15	10.1	24	16.1	37	24.8	22	14.8		
ระดับทัศนคติ																
ต่ำ	53	14.1	12	22.6	5	9.4	14	26.4	14	26.4	4	7.5	5	7.5	38.04	≤0.001*
ปานกลาง	250	66.3	44	17.6	55	22.0	25	10.0	42	16.8	44	17.6	40	16.0		
สูง	74	19.6	4	5.4	16	21.6	7	9.5	14	18.9	25	33.8	8	10.8		
ระดับการปฏิบัติตัว																
ต่ำ	47	12.5	3	6.4	8	17.0	10	21.3	9	19.1	8	17.0	9	19.1	10.51	0.397
ปานกลาง	267	70.8	44	16.5	56	21.0	27	10.1	49	18.4	54	20.2	37	13.9		
สูง	63	16.7	13	20.6	12	19.0	9	14.3	12	19.0	11	17.5	6	9.5		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ในภาพรวมพบว่า ร้อยละ 39.5 เป็นกลุ่มที่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพสูง ร้อยละ 19.6 กลุ่มที่มีระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพสูง ร้อยละ 16.7 กลุ่มที่มีระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพสูง

ผลการประเมินระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างชนเผ่า พบว่าระดับทัศคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความรู้และระดับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (จากตางที่ 11)

ตารางที่ 12 ผลการตรวจประเมินสุขภาพร่างกาย

คุณลักษณะ	รวม		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
ดัชนีมวลกาย								
≤18.5	116	14.6	62	53.4	54	46.6	3.98	0.137
18.51-22.99	320	40.4	168	52.5	152	47.5		
≥23	357	45.0	163	45.7	194	54.3		
ค่าความดันโลหิตตัวบน (mmHg)								
≤ 89	18	2.3	8	44.4	10	55.6	1.15	0.560
90-159	671	84.6	338	50.4	333	49.6		
≥160	104	13.1	47	45.2	57	54.8		
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)								
≤59	42	5.3	24	57.1	18	42.9	2.14	0.343
60-109	742	93.6	363	48.9	379	51.1		
≥110	9	1.1	6	66.7	3	33.3		
ความพิการ								
มี	54	6.8	31	57.4	23	42.6	1.42	0.232
ไม่มี	739	93.2	362	49.0	377	51.1		
ประวัติโรคเบาหวาน								
มี	75	9.5	31	41.3	44	58.7	2.24	0.134
ไม่มี	718	90.5	362	50.4	356	49.6		
ประวัติโรคความดันโลหิตสูง								
มี	240	30.3	114	47.5	126	52.5	0.58	0.445
ไม่มี	553	69.7	279	50.5	274	49.5		
ประวัติโรคหัวใจ								
มี	29	3.7	16	55.2	13	44.8	0.37	0.538
ไม่มี	764	96.3	337	49.3	387	50.7		
ประวัติวัณโรค								
มี	36	4.5	24	66.7	12	33.3	4.41	0.036*
ไม่มี	757	95.5	369	48.7	388	51.3		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

คุณลักษณะ	รวม		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
ปัญหาการนอนหลับ								
มี	119	15.0	37	31.1	82	68.9	19.09	≤0.001*
ไม่มี	674	85.0	356	52.8	318	47.2		
ปัญหาเกี่ยวกับต้อกระจกในตา								
ปกติ	663	83.6	328	49.5	335	50.5	0.99	0.804
ต้อกระจก	77	9.7	36	46.8	41	53.2		
ต้อเนื้อ	50	6.3	27	54.0	23	46.0		
ต้อหิน	3	0.4	2	66.7	1	33.3		
ปัญหาเกี่ยวกับหู								
ปกติ	565	71.2	287	50.8	278	49.2	2.17	0.338
มี 1 ข้าง	89	11.2	45	50.6	44	49.4		
มีปัญหาทั้ง 2 ข้าง	139	17.5	61	43.9	78	56.1		
ปัญหาเกี่ยวกับฟัน								
มี	343	43.3	159	46.4	184	53.6	2.48	0.115
ไม่มี	450	56.7	234	52.0	216	48.0		
ฟันปลอม								
มี	75	20.5	32	42.7	43	57.3	1.16	0.280
ไม่มี	290	79.5	144	49.7	146	50.3		
(Missing = 428, 54.0%)								
ปัญหาเหงือกอักเสบ								
มี	269	73.7	137	50.9	132	49.1	3.00	0.083
ไม่มี	96	26.3	39	40.6	57	59.4		
(Missing = 428, 54.0%)								
อาการปวดศีรษะ								
มี	216	27.2	91	42.1	125	57.9	6.55	0.010*
ไม่มี	557	72.8	302	52.3	275	47.7		
อาการวิงเวียน								
มี	237	29.9	99	41.8	138	58.2	8.19	0.004*
ไม่มี	556	70.1	294	52.9	262	47.1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

คุณลักษณะ	รวม		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
ประวัติโรคกระเพาะ								
มี	266	33.5	115	43.2	151	56.8	6.40	0.011*
ไม่มี	527	66.5	278	52.8	249	47.2		
อาการปวดหลัง/ปวดคอ								
มี	457	57.6	215	47.0	242	53.0	2.72	0.099
ไม่มี	336	42.4	178	53.0	158	47.0		
อาการปวดข้อและอักเสบ								
มี	432	54.5	207	47.9	225	52.1	1.02	0.312
ไม่มี	361	45.5	186	51.5	175	48.5		
อาการเหน็บชา								
มี	199	25.1	80	40.2	119	59.8	9.30	0.002*
ไม่มี	594	74.9	313	52.7	281	47.3		
อาการเบื่ออาหาร								
มี	86	10.8	22	25.6	64	74.4	22.18	≤0.001*
ไม่มี	707	89.2	371	52.5	336	47.5		
โรคผิวหนัง								
มี	38	4.8	21	55.3	17	44.7	0.52	0.471
ไม่มี	755	95.2	372	49.3	383	50.7		
ประวัติโรคติดเชื้อ								
มี	41	5.2	19	46.3	22	53.7	0.17	0.672
ไม่มี	752	94.8	374	49.7	378	50.3		
ประวัติอุบัติเหตุ/บาดเจ็บ								
มี	80	10.1	44	55.0	36	45.0	1.05	0.305
ไม่มี	713	89.9	349	48.9	364	51.1		
ประวัติรักษาตัวที่โรงพยาบาล								
มี	483	60.9	250	51.8	233	48.2	2.39	0.122
ไม่มี	310	39.1	143	46.1	167	53.9		
ประวัติการผ่าตัด								
มี	234	29.5	102	43.6	132	56.4	4.73	0.030*
ไม่มี	559	70.5	291	52.1	268	47.9		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

คุณลักษณะ	รวม		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
ประวัติการหกล้ม ใน 6 เดือน								
มี	38	9.2	16	42.1	22	57.9	0.36	0.574
ไม่มี	337	90.8	178	47.2	199	52.8		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากการประเมินสุขภาพร่างกาย พบว่า ร้อยละ 45.0 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 6.8 มีความพิการร่างกาย ร้อยละ 16.4 มีปัญหาต้อกระจก ร้อยละ 28.7 มีปัญหาเกี่ยวกับหู ร้อยละ 43.3 มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและช่องปาก ร้อยละ 33.5 มีประวัติเป็นโรคกระเพาะ ร้อยละ 10.1 มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 60.9 ประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 29.5 มีประวัติการผ่าตัด และร้อยละ 9.2 มีประวัติการหกล้ม

การประเมินปัญหาสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างตามเพศ พบว่า ผู้มีประวัติวัณโรค ปัญหาการนอนหลับ อาการปวดศีรษะ อาการวิงเวียน ประวัติโรคกระเพาะ อาการเหน็บชา อาการเบื่ออาหาร ประวัติการผ่าตัด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบเพศ อายุ และดัชนีมวลกายกับประวัติการหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา

คุณลักษณะ	ประวัติการหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา				χ^2	p-value
	มี		ไม่มี			
	n	%	n	%		
ทั้งหมด	38	9.2	377	90.8		
เพศ						
ชาย	16	8.2	178	91.8	0.36	0.547
หญิง	22	10.0	199	90.0		
อายุ (ปี)						
60-69	16	8.0	184	92.0	1.04	0.593
70-79	17	11.0	137	89.0		
≥80	5	8.2	56	91.8		
ดัชนีมวลกาย						
≤18.5	4	6.3	59	93.7	0.70	0.703
18.51-22.99	16	9.6	150	90.4		
≥23	18	9.7	168	90.3		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตารางที่ 13 อัตราความชุกของการหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับ ร้อยละ 9.2 เมื่อเปรียบเทียบเพศ อายุ และดัชนีมวลกายกับประวัติการหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบเพศ อายุ และดัชนีมวลกายกับ 5 Times Sit-to-Stand Test

คุณลักษณะ	Positive		Negative		χ^2	p-value
	n	%	n	%		
ทั้งหมด	359	66.4	182	33.6		
เพศ						
ชาย	172	47.9	106	58.2	5.16	0.023*
หญิง	187	52.1	76	41.8		
อายุ (ปี)						
60-69	186	51.8	113	62.1	5.95	0.051*
70-79	142	39.6	53	29.1		
≥80	31	8.6	16	8.8		
ดัชนีมวลกาย						
≤18.5	56	15.6	27	14.8	1.57	0.456
18.51-22.99	138	38.4	80	44.0		
≥23	165	46.0	75	41.2		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ 5 Times Sit-to-Stand Test ซึ่งเป็นเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่า อัตราความชุกของการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ร้อยละ 66.4 โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 52.1 กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 51.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 46.0 เมื่อเปรียบเทียบเพศและอายุกับความเสี่ยงต่อการหกล้มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบเพศ อายุ และดัชนีมวลกายกับ Timed Up and Go Test(TUG)

คุณลักษณะ	Positive		Negative		χ^2	p-value
	n	%	n	%		
ทั้งหมด	108	19.0	462	81.0		
เพศ						
ชาย	44	40.7	244	52.8	5.10	0.024*
หญิง	64	59.3	218	47.2		
อายุ(ปี)						
60-69	34	31.5	269	58.2	29.66	≤0.001*
70-79	52	48.1	156	33.8		
≥80	22	20.4	37	8.0		
ดัชนีมวลกาย						
≤18.5	16	14.8	73	15.8	0.84	0.654
18.51-22.99	40	37.0	189	40.9		
≥23	52	48.2	200	43.3		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Timed Up and Go Test ซึ่งเป็นเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่า อัตราความชุกของการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ ร้อยละ 19.0 โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 59.3 กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 48.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 48.2 เมื่อเปรียบเทียบเพศและอายุกับความเสี่ยงต่อการหกล้มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพกับเพศ

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ	ทั้งหมด		ชาย		หญิง		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด								
ปกติ(<125 มก./ดล.)	712	91.2	344	90.1	368	93.9	3.84	0.050*
สูง(≥126 มก./ดล.)	62	8.8	38	9.9	24	6.1		
ค่าระดับกรดยูริคในเลือด								
ปกติ (<6.9 มก./ดล.)	575	74.3	246	64.4	329	83.9	38.63	≤0.001*
สูง(≥7 มก./ดล.)	199	25.7	136	35.6	63	16.1		
ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด								
ปกติ (<199 มก./ดล.)	530	68.5	286	74.9	244	62.2	14.28	≤0.001*
สูง (≥200 มก./ดล.)	244	31.5	96	25.1	148	37.8		
ค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด								
ปกติ (<199 มก./ดล.)	608	78.5	309	80.9	299	76.3	2.44	0.118
สูง (≥200 มก./ดล.)	166	21.5	73	19.1	93	23.7		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากผลตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 793 ราย สามารถเจาะตัวอย่างเลือดเพื่อหาตัวชี้วัดทางชีวเคมีได้จำนวน 774 ราย (ร้อยละ 92.6)

อัตราความชุกของระดับระดับน้ำตาลสูง ร้อยละ 8.8 มีค่าระดับกรดยูริคในเลือดสูง ร้อยละ 25.7 ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 31.5 และร้อยละ 10.1 ค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูง

เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาล ค่าระดับกรดยูริคและค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดกับเพศ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดไม่พบความแตกต่างกันระหว่างเพศ

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพกับกลุ่มอายุ

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ	60-69 ปี		70-79 ปี		≥80 ปี		χ^2	p-value
	n	%	n	%	n	%		
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด								
ปกติ(<125 มก./ดล.)	363	91.2	255	93.4	94	91.3	1.14	0.563
สูง(≥126 มก./ดล.)	35	8.8	18	6.6	9	8.7		
ค่าระดับกรดยูริคในเลือด								
ปกติ (<6.9 มก./ดล.)	311	77.9	197	71.1	67	68.4	6.04	0.049*
สูง(≥7 มก./ดล.)	88	22.1	80	28.9	31	31.6		
ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด								
ปกติ (<199 มก./ดล.)	261	65.4	195	70.4	74	75.5	4.45	0.108
สูง (≥200 มก./ดล.)	138	34.6	82	29.6	24	24.5		
ค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด								
ปกติ (<199 มก./ดล.)	303	75.9	219	79.1	86	87.8	6.58	0.037*
สูง (≥200 มก./ดล.)	96	24.1	58	20.9	12	12.2		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตารางที่ 17 อัตราความชุกของระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 60-69 ปีมีค่าระดับน้ำตาลสูง ร้อยละ 8.8 กลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี มีค่าระดับกรดยูริคในเลือดสูง ร้อยละ 31.6 กลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี มีค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 34.6 และร้อยละ 24.1 กลุ่มอายุ 60-69ปีที่มีค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับกรดยูริคและค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงกับกลุ่มอายุพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าระดับน้ำตาลและค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุ

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพกับกลุ่มชาติพันธุ์

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ	ชาติพันธุ์												χ^2	p-value
	อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด														
ปกติ(<125 มก./ดล.)	122	95.3	121	91.7	129	95.6	111	91.7	108	83.7	121	93.8	16.81	0.005*
สูง(≥126 มก./ดล.)	6	4.7	11	8.3	6	4.4	10	8.3	21	16.3	8	6.2		
ค่าระดับกรดยูริคในเลือด														
ปกติ (<6.9 มก./ดล.)	101	78.3	113	85.0	81	64.3	96	74.4	99	76.7	85	66.4	20.19	0.001*
สูง(≥7 มก./ดล.)	28	21.7	20	15.0	45	35.7	33	25.6	30	23.3	43	33.6		
ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด														
ปกติ (<199 มก./ดล.)	95	73.6	100	75.2	93	73.8	82	63.6	72	55.8	88	68.8	17.05	0.004*
สูง (≥200 มก./ดล.)	34	26.4	33	24.8	33	26.2	47	36.4	57	44.2	40	31.3		
ค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด														
ปกติ (<199 มก./ดล.)	99	76.7	96	72.2	100	79.4	98	76.0	111	86.0	104	81.3	8.86	0.114
สูง (≥200 มก./ดล.)	30	23.3	37	27.8	26	20.6	31	24.0	18	14.0	24	18.8		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตารางที่ 18 อัตราความชุกของระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในแต่ละชาติพันธุ์พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีค่าระดับน้ำตาลสูงมากที่สุด ร้อยละ 16.3 กลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีค่าระดับยูริคสูงมากที่สุด ร้อยละ 35.7 กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 44.2 และร้อยละ 27.8 กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ที่มีค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับกรดยูริคและค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดกับกลุ่มชาติพันธุ์พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์

ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับ Simple logistic regression

คุณลักษณะ	โรคเบาหวาน				OR	90%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
ทั้งหมด	130	16.8	645	83.2	NA	NA	NA
เพศ							
ชาย	66	17.3	316	82.7	1		
หญิง	64	16.3	329	83.7	0.93	1.02 – 2.02	0.712
ชาติพันธ์							
อาข่า	11	8.6	117	91.4	1		
ลาหู่	26	19.5	107	80.5	2.58	1.37 – 4.85	0.013*
ม้ง	11	8.1	124	91.9	0.94	0.45 – 1.96	0.896
เย้า	26	21.5	95	78.5	2.91	1.54 – 5.48	0.006*
กะเหรี่ยง	34	26.4	95	73.6	3.80	2.06 – 7.03	≤0.001*
ลีซู	22	17.1	107	82.9	2.18	1.14 – 4.13	0.046*
อายุ (ปี)							
60-69	75	18.8	324	81.2	1		
70-79	39	14.3	234	85.7	0.72	0.50 – 1.02	0.127
≥80	16	15.5	87	84.5	0.79	0.48 – 1.30	0.444
การสูบบุหรี่							
ไม่สูบ	78	16.4	398	83.6	1		
เลิกสูบแล้ว	34	23.1	113	76.9	1.53	1.04 – 2.24	0.064*
สูบ	18	11.8	134	88.2	0.68	0.43 – 1.08	0.177

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

คุณลักษณะ	โรคเบาหวาน				OR	90%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
การดื่มสุรา							
ไม่ดื่ม	79	15.2	447	85.0	1		
เลิกดื่มแล้ว	26	19.3	109	80.7	1.35	0.89 – 2.03	0.230
ดื่ม	25	21.9	89	78.1	1.58	1.04 – 2.42	0.072*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย							
ทำ	21	26.6	58	73.4	1		
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	45	16.7	225	83.3	0.55	0.33 – 0.90	0.050*
ไม่ทำ	64	15.0	362	85.0	0.48	0.30 – 0.78	0.013*
ดัชนีมวลกาย							
ปกติ (18.51-22.99)	39	12.6	271	87.4	1		
ผอม (<18.5)	13	11.4	101	88.6	0.89	0.51 – 1.56	0.743
โรคอ้วน (≥23)	78	22.2	273	77.8	1.98	1.39 – 2.82	0.001*
โรคความดันโลหิตสูง							
มี	60	25.8	173	74.2	2.33	1.69 – 3.23	≤0.001*
ไม่มี	70	12.9	472	87.1	1		
อาการปวดศีรษะ							
มี	35	16.4	178	83.6	0.96	0.67 – 1.38	0.875
ไม่มี	95	16.9	467	83.1	1		
อาการวิงเวียน							
มี	44	18.9	189	81.1	1.23	0.88 – 1.72	0.303
ไม่มี	86	15.9	456	84.1	1		
อาการปวดข้อและอักเสบ							
มี	78	18.5	343	81.5	1.32	0.95 – 1.82	0.155
ไม่มี	52	14.7	302	85.3	1		
อาการเหน็บชา							
มี	35	17.9	161	82.1	1.1	0.77 – 1.58	0.639
ไม่มี	95	16.4	484	83.6	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

คุณลักษณะ	โรคเบาหวาน				OR	90%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด							
ต่ำ (<199 มก./ดล.)	90	17.3	430	82.7	1		
สูง (≥200 มก./ดล.)	38	16.1	198	83.9	0.91	0.64 – 1.29	0.682
(Missing = 19, 2.3%)							
ค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด							
ต่ำ (<199 มก./ดล.)	88	14.9	504	85.1	1		
สูง (≥200 มก./ดล.)	40	24.4	124	75.6	1.84	1.29 – 2.63	0.004*
(Missing = 19, 2.3%)							

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

จากตารางที่ 19 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวน 8 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน Simple Logistic Regression ที่ α= 0.10 มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์ลาหู่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 2.5 เท่า (OR =2.58, 90%CI = 1.37 – 4.85) ชาติพันธุ์เย้ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 2.9 เท่า (OR =2.91, 90%CI = 1.54 – 5.48) ชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 3.8 เท่า (OR =3.80, 90%CI = 2.06 – 7.03) ชาติพันธุ์ลีซูมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 2.1 เท่า (OR =2.18, 90%CI = 1.14 – 4.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 1.5 เท่า (OR =1.53, 90%CI = 1.04–2.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่ดื่มสุราแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรา 1.5 เท่า (OR =1.58, 90%CI = 1.04–2.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยป้องกันการเป็นโรคเบาหวาน โดยพบว่ากลุ่มทำอาชีพเหมือนออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย 0.55 เท่า (OR =0.55, 90%CI = 0.33–0.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่เป็นโรคอ้วน มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ 1.9 เท่า (OR =1.98, 90%CI = 1.39–2.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2.3 เท่า (OR =2.33, 90%CI = 1.69–3.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่มีค่าไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงมีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคบาหวานได้มากกว่ากลุ่มที่มีค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดต่ำ 1.8 เท่า (OR =1.84, 90%CI = 1.2–2.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 20 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคเบาหวานในระดับ Multiple logistic regression

คุณลักษณะ	โรคความดันหิตสูง				OR	95%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
ทั้งหมด	130	16.8	645	83.2	NA	NA	NA
ชาติพันธ์							
อาข่า	11	8.6	117	91.4	1		
ลาหู่	26	19.5	107	80.5	2.88	1.31 – 6.34	0.008*
ม้ง	11	8.1	124	91.9	1.06	0.41 – 2.72	0.904
เย้า	26	21.5	95	78.5	3.03	1.36 – 6.73	0.006*
กะเหรี่ยง	34	26.4	95	73.6	5.30	2.45 - 11.42	≤0.001*
ลีซู	22	17.1	107	82.9	2.72	1.21 – 6.09	0.015*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย							
ทำ	21	26.6	58	73.4	1		
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	45	16.7	225	83.3	0.52	0.27 – 1.00	0.050*
ไม่ทำ	64	15.0	362	85.0	0.44	0.23 – 0.83	0.011*
ดัชนีมวลกาย							
ปกติ (18.51-22.99)	39	12.6	271	87.4	1		
ผอม (<18.5)	13	11.4	101	88.6	0.92	0.46 – 1.85	0.824
โรคอ้วน (≥23)	78	22.2	273	77.8	1.83	1.15 – 2.90	0.010*
โรคความดันโลหิตสูง							
มี	60	25.8	173	74.2	2.08	1.35 – 3.18	0.001*
ไม่มี	70	12.9	472	87.1	1		
ค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด							
ต่ำ (<199 มก./ดล.)	88	14.9	504	85.1	1	1.11 – 2.78	0.015*
สูง (≥200 มก./ดล.)	40	24.4	124	75.6	1.76		
(Missing = 19, 2.3%)							

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตารางที่ 20 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวน 5 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน Multiple logistic Regression ที่ α0.05 มีดังนี้

ชาติพันธุ์ลาหู่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 2.8 เท่า (OR_{adj} =2.88, 95% CI = 1.31 – 6.34) ชาติพันธุ์เย้ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 3.0 เท่า (OR_{adj} =3.03, 95% CI = 1.36 – 6.73) ชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 5.3 เท่า (OR_{adj} =5.30, 95% CI = 2.45 – 11.42) ชาติพันธุ์ลีซูมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 2.7 เท่า (OR_{adj} =2.72, 95% CI = 1.21 – 6.09) กลุ่มทำอาชีพเหมือนออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย 0.5 เท่า (OR_{adj} =0.52, 95% CI = 0.27 – 1.00) กลุ่มที่เป็นโรคอ้วน มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ 1.8 เท่า (OR_{adj} =1.83, 95% CI = 1.15 – 2.90) กลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสที่จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2.0 เท่า(OR_{adj} =2.08, 95% CI = 1.35 – 3.18) และกลุ่มที่มีค่าไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงมีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคบาหวานได้มากกว่ากลุ่มที่มีค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดต่ำ 1.7 เท่า (OR_{adj} =1.76, 95% CI = 1.11 – 2.78) หลังจากควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ แล้ว

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

คุณลักษณะ	โรคความดันหิตสูง				OR	90%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
ทั้งหมด	298	37.6	495	62.4	NA	NA	NA
เพศ							
ชาย	138	55.2	255	44.8	1		
หญิง	160	58.0	240	42.0	1.23	0.96 - 1.56	0.156
ชาติพันธ์							
อาข่า	52	40.0	78	60.0	1		
ลาหู่	53	39.8	80	60.2	0.99	0.65 – 1.50	0.980
ม้ง	31	22.1	109	77.9	0.42	0.27 – 0.66	0.002*
เย้า	67	51.5	63	48.5	1.59	1.05 – 2.40	0.062*
กะเหรี่ยง	39	30.0	91	70.0	0.64	0.41 – 0.98	0.092*
ลีซู	56	43.1	74	56.9	1.13	0.75 – 1.71	0.615

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

คุณลักษณะ	โรคความดันหิตสูง				OR	90%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
อายุ (ปี)							
60-69	134	32.7	276	67.3	1		
70-79	116	41.6	163	58.4	1.46	1.12 – 1.90	0.017*
≥80	48	46.2	56	53.8	1.76	1.22 – 2.54	0.011*
การสูบบุหรี่							
ไม่สูบ	186	38.3	300	61.7	1		
เลิกสูบแล้ว	59	39.1	92	60.9	1.03	0.75 – 1.41	0.860
สูบ	53	34.0	103	66.0	0.83	0.60 – 1.14	0.334
การดื่มสุรา							
ไม่ดื่ม	207	38.5	331	61.5	1		
เลิกดื่มแล้ว	54	38.8	85	61.2	1.01	0.73 – 1.40	0.936
ดื่ม	37	31.9	79	68.1	0.74	0.52 – 1.07	0.185
การออกกำลังกาย							
ทำ	28	35.0	52	65.0	1		
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	87	31.2	192	68.8	0.84	0.54 – 1.30	0.519
ไม่ทำ	183	42.2	251	57.8	1.35	0.89 – 2.05	0.232
ดัชนีมวลกาย							
ปกติ (18.51-22.99)	95	29.7	225	70.3	1		
ผอม (<18.5)	37	31.9	79	68.1	1.10	0.75 – 1.62	0.657
โรคอ้วน (≥23)	166	46.5	191	53.5	2.05	1.57 – 2.68	≤0.001*
โรคเบาหวาน							
มี	60	53.1	53	46.9	2.10	1.50 – 2.95	≤0.001*
ไม่มี	231	34.9	430	65.1	1		
อาการปวดศีรษะ							
มี	96	44.4	120	55.6	1.48	1.13 – 1.94	0.015*
ไม่มี	202	35.0	375	65.0	1		
อาการวิงเวียน							
มี	106	44.7	131	55.3	1.53	1.18 – 1.99	0.007*
ไม่มี	192	34.5	364	65.5	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

คุณลักษณะ	โรคความดันหิตสูง				OR	90%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
อาการปวดข้อและอักเสบ							
มี	174	40.3	258	59.7	1.28	1.01 – 1.64	0.086*
ไม่มี	124	34.3	237	65.7	1		
อาการเหน็บชา							
มี	92	46.2	107	53.8	1.61	1.23 – 2.12	0.004*
ไม่มี	206	34.7	338	65.3	1		
ค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด							
ต่ำ (<199 มก./ดล.)	321	60.6	209	39.4	1		
สูง (≥200 มก./ดล.)	162	66.4	82	33.6	0.77	0.59 – 1.01	0.120
ค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือด							
ต่ำ (<199 มก./ดล.)	222	36.5	386	63.5	1		
สูง (≥200 มก./ดล.)	69	41.6	97	58.4	1.23	0.92 – 1.65	0.234

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

จากตารางที่ 21 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่ามีจำนวน 8 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน Simple logistic Regression ที่ α= 0.10 มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์ม้งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 0.4 เท่า (OR =0.42, 90% CI = 0.27 – 0.66) ชาติพันธุ์เย้ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 1.5 เท่า (OR =1.59, 90% CI = 1.05 – 2.40) ชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 0.6 เท่า (OR =0.64, 90% CI = 0.41 – 0.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย โดยพบว่ากลุ่มช่วงอายุ 70-79 ปี และ อายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอายุช่วง 60-69 ปี 1.4 เท่า และ 1.2 เท่า (OR =1.46, 1.76, 90% CI = 1.12 – 1.90, 1.22 – 2.54) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (BMI≥23) มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ 2 เท่า (OR =2.05, 90% CI = 1.57 – 2.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 2.1 เท่า(OR =2.10, 90% CI = 1.50 – 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่มีอาการปวดศีรษะ มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการปวดศรีษะ 1.4 เท่า(OR =1.48, 90% CI = 1.13 – 1.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่มีอาการวิงเวียนมีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการวิงเวียน 1.5 เท่า(OR =1.53, 90% CI = 1.18 – 1.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มที่มีอาการปวดข้อและอักเสบ มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการปวดข้อและอักเสบ 1.2เท่า(OR =1.28, 90% CI = 1.01 – 1.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มมีอาการเหน็บชา มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการเหน็บชา 1.6 เท่า (OR =1.61, 90% CI = 1.23 – 2.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 22 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ใน Multiple logistic regression

คุณลักษณะ	โรคความดันหิตสูง				OR	95%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
ทั้งหมด	298	37.6	495	62.4	NA	NA	NA
ชาติพันธุ์							
อาข่า	52	40.0	78	60.0	1		
ลาหู่	53	39.8	80	60.2	0.93	0.56 – 1.56	0.803
ม้ง	31	22.1	109	77.9	0.37	0.21 – 0.65	0.001*
เย้า	67	51.5	63	48.5	1.54	0.92 – 2.57	0.094
กะเหรี่ยง	39	30.0	91	70.0	0.68	0.40 – 1.16	0.162
ลีซู	56	43.1	74	56.9	0.98	0.58 – 1.64	0.941
อายุ (ปี)							
60-69	134	32.7	276	67.3	1		
70-79	116	41.6	163	58.4	1.60	1.14 – 2.24	0.006*
≥80	48	46.2	56	53.8	2.23	1.38 – 3.59	0.001*
ดัชนีมวลกาย							
ปกติ (18.51-22.99)	95	29.7	225	70.3	1		
ผอม (<18.5)	37	31.9	79	68.1	1.10	0.72 – 1.54	0.696
โรคอ้วน (≥23)	166	46.5	191	53.5	2.00	2.11 – 3.80	≤0.001*

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

คุณลักษณะ	โรคความดันหิตสูง				OR	95%CI	p-value
	เป็น		ไม่เป็น				
	n	%	n	%			
โรคเบาหวาน							
มี	60	53.1	53	46.9	1.87	1.22 – 2.86	0.004*
ไม่มี	231	34.9	430	65.1	1		
อาการเหน็บชา							
มี	92	46.2	107	53.8	1.44	1.01 – 2.04	0.041*
ไม่มี	206	34.7	338	65.3	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

จากตารางที่ 22 จากการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวน 5 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติใน Multiple logistic Regression ที่ α= 0.05 มีดังนี้

ชาติพันธุ์ม้งมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างชาติพันธุ์อาข่า 0.3 เท่า (OR_{adj} =0.37, 95% CI = 0.21–0.65) กลุ่มช่วงอายุ 70-79 ปี และ อายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอายุช่วง 60-69 ปี 1.6 เท่า (95% CI=1.14–2.24) และ 2.2 เท่า (95% CI=1.38–3.59) ตามลำดับ กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (≥23) มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ 2 เท่า (OR_{adj} =2.00, 95% CI=2.11–3.80) กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 1.8 เท่า(OR_{adj} =1.87, 95% CI=1.22–2.86) และกลุ่มมีอาการเหน็บชา มีโอกาสที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการเหน็บชา 1.4 เท่า (OR_{adj}=1.44, 95%CI=1.01–2.04) หลังจากควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ แล้ว

ตารางที่ 23 อัตราส่วนการใช้สมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์

พฤติกรรมสุขภาพ	ชาติพันธุ์													
	รวมทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ยาสมุนไพรชนเผ่า														
ใช้	240	52.2	28	11.7	40	16.7	27	11.3	55	22.9	42	17.5	48	20.0
ไม่ใช่	220	47.8	36	16.4	54	24.5	35	15.9	37	16.8	34	15.5	24	10.9
(Missing = 333, 42.0%)														
การรักษาแบบแพทย์ชนเผ่า														
นวด	17	6.7	9	52.9	1	5.9	1	5.9	1	5.9	3	17.6	2	11.8
ครอบแก้ว	3	1.2	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	0	0.0
ฝังเข็ม	3	1.2	0	0.0	1	33.3	0	0.0	2	66.7	0	0.0	0	0.0
แช่น้ำสมุนไพร	65	25.7	16	24.6	0	0.0	0	0.0	15	23.1	9	13.8	25	38.5
ต้มสมุนไพรดื่ม	165	65.2	5	4.8	39	23.6	26	15.8	38	23.0	32	19.4	22	13.3
(Missing = 540, 68.1%)														
การรักษาอาการเจ็บป่วยโดยหมอเป่า														
ใช้	54	11.7	9	16.7	21	38.9	3	5.6	1	1.9	11	20.4	9	16.7
ไม่ใช่	406	88.3	55	13.5	73	18.0	59	14.5	91	22.4	65	16.0	63	15.5
(Missing = 333, 42.0%)														

พฤติกรรมสุขภาพ	ชาติพันธุ์													
	รวมทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
การรักษาอาการเจ็บป่วยโดยพิธีกรรมทางศาสนา														
ใช้	106	23.0	25	23.6	32	30.2	4	3.8	10	9.4	14	13.2	21	19.8
ไม่ใช่	354	77.0	39	11.0	62	17.5	58	16.4	82	23.2	62	17.5	51	14.4
(Missing = 333, 42.0%)														

จากตารางที่ 23 จากการสอบถามเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์พบว่า การใช้ยาสมุนไพรชนเผ่า ร้อยละ 52.2 การรักษาแบบแพทย์ชนเผ่าโดยการต้มสมุนไพรดื่ม ร้อยละ 65.2 และการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยหมอเป่า ร้อยละ 11.7

กลุ่มชาวเย้าเป็นกลุ่มที่ใช้สมุนไพรชนเผ่ามากที่สุด (ร้อยละ 22.9) รองลงมาเป็นชนเผ่า ลีซอ (ร้อยละ 20.0) และกะเหรี่ยง (ร้อยละ 17.5) ตามลำดับ

ในประเด็นการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยหมอเป่าพบว่าผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่นิยมใช้การรักษากับหมอเป่ามากที่สุด (ร้อยละ 38.9) รองลงมาเป็นผู้สูงอายุกะเหรี่ยง (ร้อยละ 20.4) และลีซอ (ร้อยละ 16.7) ตามลำดับ

ในการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยพิธีกรรมทางศาสนาพบว่าผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่นิยมการรักษาโดยพิธีกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 30.2) รองลงมาอาข่า ร้อยละ 23.6 และลีซอ (ร้อยละ 19.8) ตามลำดับ

การศึกษาแนวคิดทางด้านภูมิปัญหาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

1. ชนเผ่าอาข่า

ปัจจุบันชาติพันธุ์อาข่ายังมีการรักษาในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน ผู้ที่ให้การรักษานั้นเป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การรักษาด้านสมุนไพรและไสยศาสตร์ ทุกวันนี้ยังทำให้รักษาให้คนที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกหมู่บ้าน มาเป็นเวลา 30 ปี ทำการรักษาจนกลายเป็นอาชีพหลักและมีรายได้หลักจากการรักษาทั้งหมด เป็นหลักเสาในการหารายได้สามารถจุนเจือครอบครัวได้ บางคนที่มาทำการรักษาไม่มีเงินในการรักษาแต่หมอพื้นบ้านก็รักษาให้ฟรี ทำให้เป็นที่เคารพนับถือ มีคนเลื่อมใสและมีคนมารับการรักษาเกือบทุกวัน พ่อหมอมีชื่อเสียงในเรื่องการรักษาในหมู่ชนชาติพันธ์มาก และกลายเป็นที่พึ่งพาของชาวบ้านตั้งแต่มีผู้ป่วยรายแรกเข้ามา และก็มีคนบอกต่อๆกันไปทกให้มีคนมาหาจำนวนมาก ส่วนใหญ่จะมาจากต่างหมู่บ้านเพื่อรักษาและมีอาการปวดท้องเป็นส่วนใหญ่ ส่วนค่ารักษาขึ้นอยู่กับผู้มาจะให้ตามศรัทธา และถ้าหายจากอาการจะต้องฆ่าหมูให้พ่อหมอเพื่อสู่ขวัญ แต่ส่วนใหญ่ค่ารักษาจะไม่ต่ำกว่า 1,000 บาท ในทางไสยศาสตร์สามารถเป่าคาถาดูลายนิ้วมือได้ แต่ปัจจุบันจะใช้แพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนใหญ่(ยาสมุนไพร) หรือบางพิธีกรรมต้องใช้ควบคู่กันไป แต่เมื่อก่อนจะใช้คาถาเป่ามากกว่าใช้สมุนไพร ต่อมาเปลี่ยนศาสนาทำให้เปลี่ยนรูปแบบการรักษาไปเพราะอิทธิพลทางศาสนาเพราะการเป่าคาถาเป็นไสยศาสตร์ในทางศาสนาคริสต์จะไม่ทำ แต่จะทำเมื่อจำเป็นเท่านั้นจำเป็นจริงๆ สมุนไพรใช้จะไปหาจากป่าตอนไปทำไร่ทำสวนและสิ่งรอบตัวเป็นสมุนไพรได้หมด บางสิ่งบางอย่างใช้แมลงในการรักษา

จากการสัมภาษณ์หมอผีสามารถนอนฝันเพื่อการทำนายได้ คาถาที่ใช้ก็มาจากการฝัน มีความเชื่อคาถามากกว่าสมุนไพร ประสบการณ์รักษาผู้ป่วยที่น่าสนใจของหมอผีที่ได้เล่าให้ฟังว่า 15 ปีก่อน สามารถรักษาคนที่มีอาการเป็นง่อย ไม่สบายหนักมาก เดินไม่ได้ ไปไหนไม่ได้ และก่อนหน้านี้เป็นอัมพาต หายจากอาการเหล่านี้ได้ ก่อนหน้าที่จะมาเป็นหมอผีนั้นได้ไปทำไร่ฝิ่นและเป็นคนที่สามารถบำบัดผู้ที่มีอาการติดยาฝิ่นได้ และคนที่สอนวิชาความรู้เรื่องสมุนไพรและคาถาให้เป็นคนติดฝิ่น จึงมีข้อตกลงกันว่าถ้าทำให้เลิกจากการติดฝิ่นได้จะสอนวิชาความรู้ทั้งหมดให้ ดังนั้นอาจารย์เป็นเหตุผลที่ทำให้พ่อหมอสามารถรักษาโดยใช้สมุนไพรได้ถึงทุกวันนี้

ในทางการรักษาส่วนใหญ่คนที่มาหาจะอยู่ในวัยกลางคนและจะไปหาแพทย์จากโรงพยาบาลมาก่อนก่อนจะมาหาพ่อหมอ เพราะไม่หายจากอาการป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล ถ้าหากหายจากการรักษาแล้ว ส่วนใหญ่จะเอาหมูมาขอขมาและก่อนทำพิธีขอขมาจะต้องลงขันแล้วแต่ชนิดของโรค และภายในการรักษายังมีการรักษาที่สามารถเป่าคาถาที่สามารถรักษาเรื่องกระดูกได้ เมื่อก่อนนับถือผีสามารถทำได้ แต่สมัยนี้ไม่สามารถทำได้แล้วเพราะตั้งแต่เป็นคริสต์ถือว่าเป็นไสยศาสตร์ จะทำให้กรณีที่เป็นคนรู้จัก คนภายหมู่บ้านคนสนิทเท่านั้นและกรณีที่จำเป็นเท่านั้น ในการรักษาจะใช้เวลาการรักษา 1 อาทิตย์ – 1 เดือน มีอาการหัก 3 วัน / แตก 7 วัน และส่วนใหญ่ที่มาจะไปให้โรงพยาบาล เอากระดูกเข้าที่แล้วจึงมาทำการรักษาต่อกับหมอผี และในกรณีเลือดไหลไม่หยุดจากการโดนมีดบาดสามารถเป่าห้ามเลือดได้ แล้วจึงนำตัวผู้บาดเจ็บไปส่งโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาอาการต่อ

ในความเชื่อของชาติพันธุ์อาข่าถ้ามีการใช้คาถาอาคมจะห้ามถ่ายทอดให้ลูกหลาน เพราะในความเชื่อจะส่งผลไม่ดีต่อครอบครัว ตระกูล คนรอบข้างไปในทิศทางที่ไม่ดี จึงตัดสินใจไม่มอบสิ่งเหล่านี้ให้กับลูกหลาน

2. ชนเผ่าลีซอ

ในชาติพันธุ์ลีซูจะมีความเชื่อในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน โดยมีหมอเมืองและหมอผี ในส่วนของหมอเมืองจะมีหน้าที่ทำพิธีเกี่ยวกับเรื่องที่คนภายในหมู่บ้านทำผิดกฎในวัฒนธรรม จารีตประเพณี เช่น ในวันศีลจะไม่ให้ออกจากบ้านไปทำงาน และสามารถสังเกตได้ว่าใครมีขวัญอยู่หรือขวัญหาย ตระกูลไหนก็เป็นหมอเมืองได้ คนที่จะเป็นหมอเมืองได้จะถูกเลือกโดยผีจะเป็นคนเลือกเท่านั้น แต่ถ้าหากไม่อยากเป็นแล้ว จะต้องไปบอกผีแม้วที่ศาลเจ้าเพื่อทำการเปลี่ยนหมอเมืองคนใหม่ ในชนเผ่าลีซูนั้นหมอเมืองมีอิทธิพลต่อการปกครองหมู่บ้านเทียมเท่าผู้ใหญ่บ้านและหมอเมืองจะทำพิธีเรียกขวัญ / ทำพิธีต่างๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายตามความศรัทธาของผู้ให้ (200-300 บาท) ในทางพิธีกรรมทางชนเผ่าหมอเมืองจะเป็นคนกำหนดพิธีต่างๆ ในหมู่บ้าน ห้ามใครทำโดยภาระการ จะต้องมีปรึกษากับหมอเมืองเท่านั้นถึงจะปฏิบัติได้ เช่น การเลี้ยงศาล เลี้ยงข้าวใหม่ เรียกผีแม้ว ทุกพิธีกรรมทางศาสนาหมอเมืองจะเป็นคนรับผิดชอบทั้งหมด

ในส่วนของหมอผี(เข้าทรงจากผีบรรพบุรุษ) คล้ายคนจีน ถ้าหากเป็นแล้วจะต้องเป็นตลอดไป หน้าที่ของหมอผีจะเป็นคนแนะนำแนวทางการหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ไม่ดี เช่น ห้ามเข้าป่า ห้ามออกจากบ้าน ห้ามไปที่ไหนไกล และสามารถบอกได้ว่าคนนี้มีผี(สิ่งไม่ดี) หากมีอาการป่วยสบายที่ไม่ใช่การกระทำของผี จะมีการแนะนำให้ไปโรงพยาบาล ในกรณีที่มีของหายหมอผีสามารถบอกของที่หายไปได้ เช่น คนหาย ของหาย ใช้พิธีกรรมเป่าน้ำดู (เป่าคาถาบอกได้ ว่าคนๆ นี้ไปทำอะไรมา ดีหรือไม่ดี) ถ้ามีคนตายบอกได้ว่าคนที่ตายจะมาบอกอะไรกับลูกหลานโดยการเข้าทรง บอกความเป็นความตายได้

ส่วนใหญ่ชาติพันธุ์ลีซูจะไม่นิยมใช้ยาสมุนไพรเพราะปัจจุบันอยู่ใกล้ โรงพยาบาลและสถานีอนามัย แต่ถ้าไม่หายจากการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันก็จะกลับมาใช้สมุนไพรกับหมอผี ในความเชื่อของชนเผ่าลีซูผีที่กราบไหว้บูชาคือ ผีเจ้าบ้านที่พ่อแม่เลี้ยงไว้ ผีศาลเจ้าและผีที่นำสิ่งไม่ดีมาให้เจ็บป่วย คือ ผีเจ้าที่ เจ้าป่าเจ้าเขา เพราะเกิดจากคนไปทำอะไรผิดที่ผิดทาง ก่อนที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายใจจะมีการเข้าทรงก่อนทำพิธี และค่าใช้จ่ายในการรักษานั้น ตามแต่ศรัทธาของผู้ป่วย ก่อนที่จะมาเป็นหมอผีนั้นได้เรียนรู้คาถามาจากบิดาที่เป็นหมอผีมาก่อน และเรียนจากผีด้วย

ในการสืบทอดการเป็นหมอผี ไม่ใช่ใครก็เป็นได้ เพราะผีจะเป็นคนเลือกบุคคลนั้นเอง จากการเล่าของกลุ่มตัวอย่าง ได้กล่าวว่าคนประเภทที่ถือศีล กินเจ มังสวิรัติ ไม่กินเนื้อ ผีจะเลือก ในขณะที่ผีเข้า ผีตนนั้นจะทำการกินถ่านไฟโดยเจ้าตัวไม่สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกร้อนจากการกระทำของผีได้ ในแต่ละสกุลจะมีหมอผีได้เพียงคนเดียวเท่านั้น ในทางพิธีกรรมนั้นหมอผีจะเป็นคนกำหนดว่าแต่ละพิธีทางชนเผ่าจะต้องใช้สัตว์อะไรในการเซ่นไหว้ เช่น หมู ไก่ เป็ด และถ้าเป็นผู้หญิงจะใช้สัตว์ตัวผู้ ผู้ชายจะใช้ตัวเมีย ถ้ามีคนอยากเรียนคาถาวิชาการรักษาแบบหมอผีจะมีการสอนคาถาให้ แต่จะสามารถสอนได้ก็ต่อเมื่อเป็นวันสำคัญเท่านั้น และในความเชื่อคนที่ตายไปแล้วจะไปอยู่บนสวรรค์และคนที่ตายแล้วจะไม่กลับมาเกิดเป็นลูกเป็นหลานอย่างแน่นอน เส้นทางคนที่ตายแล้วจะมี 2 ทาง ทางคนที่ตายดี และทางคนที่ตายโหง

3. ชนเผ่าม้ง

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเริ่มเป็นหมอผี จะมีอาการไม่สบาย, ป่วย, มีอาการสั่น ทานยาอะไรก็ไม่หายจากอาการที่เป็น จึงตัดสินใจเดินทางไปหาหมอผีเพื่อให้หมอผีทำการรักษา หมอผีที่ทำรักษารักษาได้กล่าวว่าผีเข้าเป็นผีเจ้าบ้าน ที่มีอาการเจ็บป่วยแบบนี้ก็เพราะจะเอาเป็นหมอผีเพื่อสืบทอดวิชาในการรักษาทางความเชื่อของชนเผ่าม้ง ถ้าปฏิเสธการสืบทอดก็อาการเจ็บป่วยนั้น จะไม่สามารถรักษาได้และผีเจ้าบ้านจะเอาชีวิตไปอีกด้วย และถ้าคนไหนก็เป็นหมอผีได้จะมีบางสิ่งบางอย่างติดมาตอนเกิด ในส่วน พิธีตอนเลี้ยงผีนั้นจะต้องนำหมูและไก่ไปเลี้ยงผีอย่างละตัว เพื่อทำการจัดตั้งศาลให้ผีอยู่

ในสมัยก่อนไม่มีแพทย์แผนปัจจุบัน จึงต้องพาคนป่วยมาหาหมอผีแทน เพราะมีปัญหาเรื่องการเดินทาง ความยากจน ในกรณีที่มีคนป่วยนั้นหรือในทางชนเผ่าสันนิษฐานว่ามีการกระทำที่ทำให้ผีมารบกวนจึงจะต้องทำพิธีเรียกขวัญ ให้กลับคืนมา ในทางรักษาผู้สูงอายุที่ไม่สบายโดยการทำพิธีต่ออายุไขหมอผีได้กล่าวไว้ซึ่งหมอผีจะเป็นคนสื่อนำไปต่ออายุให้ เพื่อให้อายุยืนยาว บางคนก็ต้องฆ่าหมูเพื่อไปช่วยในการต่ออายุ หมอผีสามารถหมอผีม้งบอกได้ว่า สิ่งใดที่ไม่ดีมารบกวน มาจากที่ไหน แนะนำวิธีแก้ไข เช่น จะต้องนำ หมู, ไก่, เป็ด มาเลี้ยงผีผี และจำนวนเงินอีกเท่าไหร่ หมอผีจะเป็นคนแนะนำทุกอย่าง ว่าผีต้องการอะไร เพื่อทำให้หายจากการรักษา

ในความเชื่อของชนเผ่าม้งถ้าตายแล้วจะต้องไปเมืองสวรรค์ และจะวิญญาณจะถูกนำกลับไปบ้านเมืองดั้งเดิมของชนเผ่า โดยจะมีการเปิดเพลงส่งไปวิญญาณไปด้วย ปัจจุบันในชนเผ่าม้งมีจำนวนหมอผีผู้หญิงมากกว่าหมอผีผู้ชาย และในการสื่อสารเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยกับผีนั้นจะใช้เขาควายในการสื่อสาร เช่น ถ้าคว่ำ ไม่ใช่ผีมากวน แต่ถ้างายแสดงว่ามีผีมารบกวน

ในปัจจุบันชนเผ่าม้งไม่นิยมใช้สมุนไพรจะใช้หมอผีมากกว่า ใช้คาถาร่วมในการรักษาด้วย ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษา ถ้ามีอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงราคาในการรักษานั้นก็จะไม่สูงมากหรือตามแต่ศรัทธา แต่ถ้าหากอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะมีค่าใช้จ่ายจะสูงพอสมควรและหมอผีจะเป็นคนเรียกเก็บ

ในผู้ป่วยที่มารับการรักษากับหมอผีนั้นจะไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย แล้วไม่หายจากอาการเจ็บป่วย แล้วจึงมาหาหมอผีเพื่อหาวิธีแก้ไข ถ้าหาการรักษาอาการเจ็บป่วยดีขึ้นหรือว่าหายจากอาการเจ็บป่วยจะต้องเลี้ยงผี แต่ถ้าหากการรักษาไม่สามารถทกให้หายจากอาการ เจ็บป่วยได้ไม่จำเป็นต้องเลี้ยงผีจากการสัมภาษณ์หมอผีชนเผ่าม้งหมอผีได้กล่าวว่า”บางคนที่มารักษาแล้วตายเกิดขึ้นเพราะอวัยวะภายในไม่ใช่เพราะผีทำ ถึงจะแก้ไขยังไงก็สามารถช่วยได้ จะสามารถช่วยได้เฉพาะสิ่งที่มาจากผีเท่านั้น” และหมอผีจะแก้ไขความขัดแย้งเกี่ยวกับผี เรียกได้ว่า เป็นผู้ใหญ่บ้านของผี

ในความเชื่อของชนเผ่าม้งจะมีการเคารพบูชา ผีบาดา มารดา หรือผีบรรพบุรุษที่ตายไปแล้ว จะมีการจัดพิธีการเลี้ยงผีทุกๆปี โดยการฆ่าหมู ไก่ เพื่อถวายให้บรรพบุรุษ เพื่อจะให้ผีบรรพบุรุษคุ้มครองลูกหลานให้มีความสุข ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ

4. ชนเผ่ากะเหรี่ยง

ในปัจจุบันการใช้จะมีความเชื่อในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านหรือสมุนไพรอยู่อย่างเช่น ใกรณีที่เป็นโรคปอดใช้เครือแตงกวาหินนำไปตากแห้งแล้วต้มกิน จะใช้ในกลุ่มที่มีอาการไอเป็นเลือด, อาการริดสีดวงทวารจะใช้รากผักคั่วหมูและแหนเครือ นำไปตากให้แห้งก่อนแล้วนำมาผสมกันแล้วต้มกิน, ยาขับนิ่วต้องใช้สมุนไพร จำนวน 11 ชนิด, โรคหอบหืดต้องใช้ขิงเล็กของคนล้านนาตะไคร้และข่า นำมาตำผสมกันแล้วปั้นเป็นก้อนแล้วอม, โรคเบาหวานนำรากมะเฟืองไปตากให้แห้งแล้วนำไปต้มดื่ม, โรคไตใช้รากมะเฟืองผสมกับใบหูช้างต้มดื่มสามารถขับนิ่วในไตได้ ผู้ที่มีอาการเหล่านี้สามารถมาซื้อยาสมุนไพรได้ โดยปกติมีคนมาซื้อยาสมุนไพรเป็นประจำ ราคา 10 บาทต่อชุด

การเรียนรู้เรื่องแพทย์พื้นบ้านหรือการใช้สมุนไพรนั้นได้วิธีการรักษามาจากคนแก่สมัยก่อนมีปู่ย่าตายายสอน เพราะในสมัยก่อนจำนวนหมอที่มีน้อยและการเดินทางลำบากมาก ไกลโรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องรักษากับหมอสมุนไพร จุดเริ่มต้นการเป็นหมอสมุนไพรนั้น เริ่มจากคนในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องใช้สมุนไพรเพื่อทำการรักษา และพอใช้การรักษาวิธีนี้แล้วมีอาการดีขึ้นจึงมีผู้คนไปบอกต่อๆ กัน จึงทำให้ชาวบ้านทั้งในและนอกหมู่บ้านรู้จักหมอสมุนไพร และหันมานิยมใช้สมุนไพร

ในกรณีผู้หญิงที่ไม่ได้อยู่เดือนหลังคลอดนั้น สามารถมีวิธีการรักษาโดยการใช้ยาห่ม 7 ชนิดเพื่อรักษาอาการหลังคลอดที่ไม่ได้อยู่เดือน และมีหมอนวดคลายเส้นที่สามารถจับเด็กที่อยู่ในท้องให้เข้าที่ก่อนไปโรงพยาบาลเพื่อให้คนท้องที่กำลังจะคลอดลูกคลอดง่ายขึ้น เรียนรู้จากแม่มาตั้งแต่อายุ 20 ปี เพราะแม่เป็นหมอตำแย ตอนเด็กคอยช่วยอยู่ตลอดเวลา ทุกวันนี้ยังมีคนมาใช้บริการของหมอแม่ทุกวัน ส่วนใหญ่ทุกเพศทุกวัย อย่างเช่น ในกรณีวัยรุ่นบางคนไปเตะฟุตบอลแล้วข้อพลิกก็มาให้แม่หมอนวดจับเส้นให้ ให้เข้าที่แล้วดำเนินการรักษาในทางแพทย์แผนปัจจุบันต่อ และในกรณีที่เด็กทารกที่มีไข้สูงๆ จะใช้สมุนไพรต้มให้กินแล้วไข้ก็จะลดลง ส่วนใหญ่ที่ใช้สมุนไพรเพราะว่าไปโรงพยาบาลหรืออนามัยไม่หายจึงมารักษาด้วยวิธีนี้ แต่วิธีนี้เป็นทางเลือกสุดท้ายของผู้มารักการรักษา แต่บางคนไม่มีเวลาไป ก็มารับการรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรเลย

5. ชนเผ่าเย้า

ในปัจจุบันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์เย้าจะรักษาโดยการรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันเป็นส่วนใหญ่เพราะปัจจุบันมาการดข้าถึงที่ง่ายและสะดวก และจะใช้สมุนไพรก็ต่อเมื่อไปหาแพทย์แผนปัจจุบันแล้วแล้วอาการเจ็บป่วยไม่ดีขึ้นหรือมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆน้อยๆ ที่สามารถใช้ยาสมุนไพรได้ เช่น ใช้ตะไคร้ไปนำเพื่อแก้ไข้, เด็กตัวร้อนใช้ใบต้นฮ่อมเพื่อลดไข้ห่อมือห่อเท้า, ใช้ต้นสาปเสือต้มกินเพื่อรักษาโรคกระเพาะ ในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ทานอาหารไม่อร่อยจะทานวิตามินแทนสมุนไพรแล้ว สามารถหาได้ง่ายกว่า ร้านขายยาทั่วไปก็มี และในความเชื่อคนที่ไม่ได้อยู่เดือนชนเผ่าเย้าจะมีวิธีดูแลโดยการนำสมุนไพรมาต้มผสมไก่ดำและยาจีนเพื่อให้คนหลังคลอดลูกและยังช่วยสร้างน้ำนมได้ด้วย ส่วนใหญ่จะไม่ใช้สมุนไพรจะไปหาหมออย่างเดียวเพราะว่ามีความสะดวกกว่าด้วยแล้วเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสามารถสื่อสารเป็นภาษาชนเผ่าได้ จึงทำให้สะดวกแล้วผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย ทำให้พิธีกรรมต่างๆ ในชนเผ่าลดลง

ในปัจจุบันชนเผ่าเย้ายังมีการใช้หมอผีเพื่อการเป่ารักษาอาการต่างๆ แต่ปัจจุบันไม่ค่อยใช้แล้วเพราะไปโรงพยาบาลดีกว่า กว่าจะไปหาหมอผีแต่ละคนได้ใช้เวลานานกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาล บางครั้งก็ไม่ว่าง บางครั้งก็คิวเยอะ จึงไปโรงพยาบาลหรืออนามัยมากกว่า แต่ถ้าไปหาหมอแล้วไม่หายจึงจะใช้หมอผีมาช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่ดีขึ้น ในการรักษาผู้สูงอายุนั้นจะมีพิธีกรรมเรียกขวัญในผู้สูงอายุก็ต่อเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ, ตกใจ, เจ็บป่วย, นอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งพิธีกรรมนั้น สำหรับคนที่มีอายุครบ 60 ปี เป็นเหมือนวันเกษียณอายุ พิธีกรรมนี้จะคล้ายๆของคนจีน และพิธีกรรมในชนเผ่าเย้าจะเรียกขวัญปีละครั้ง โดยการฆ่าหมูหรือไก่และแต่ละครั้งจะมีค่าทำพิธีกรรม ราคาต่ำสุดที่อยู่ 200-500 บาท ถ้าพิธีใหญ่ๆ ราคา จะมากกว่า 1,000 บาทขึ้นไป ส่วนใหญ่ชนเผ่าเย้าที่นับถือศาสนาพุทธยังใช้หมอผี แต่ถ้านับถือคริสต์จะใช้พิธีทางศาสนาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยที่ที่ไม่หายหรือมีการทำพิธีสงเคราะห์เพื่อทำให้ชีวิตปราศจากเรื่องร้ายๆ

6. ชนเผ่าลาหู่

ในปัจจุบันชนเผ่าลาหู่ส่วนใหญ่ใน นับถือศาสนาพุทธหรือพุทธผี(นับถือบรรพบุรุษ) ในทางความเชื่อในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านจะเป็นที่นิยมน้อยเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกกว่าเมื่อก่อน ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายที่เสียไปจะมีเฉพาะแค่ค่าเดินทางที่ไปโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย แต่บางครั้งก็ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินเพราะคนในครอบครัวก็ไปส่ง แต่ในความเชื่อของชนเผ่าลาหู่ยังมีหมอผีหรือหมอไสยศาสตร์ เพื่อใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยอยู่ เช่น ดูว่าอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจากกรณีใดโดยวิธีการหาสาเหตุโดยการใช้เทียนไข หรือเรียกขวัญเพราะขวัญที่หายไปหรือเรียกอีกอย่างว่าจิตใจไม่อยู่กับเนื้อกับตัว เป็นผลทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น

ในชนเผ่าลาหู่ยังมีการใช้หมอไสยศาสตร์โดยการใช้คาถาเป่าเพื่อรักษาคนที่มีอาการปวดท้องในภาษาที่ใช้เป่านั้นจะเป็นบทสวดไทยและภาษาชนเผ่าลาหู่ และในกรณีที่มีบาดแผลที่เลือดไหลจะมีการห้ามเลือดจากการโดนมีดบาดใช้สมุนไพรหญ้ามือไวช่วยหยุดแล้วไปหาหมอทันที ในทางพิธีกรรมของชนเผ่าลาหู่ หลักๆ จะ มี 5 พิธี ดังนี้ 1) พิธีกรรมช่วงปีใหม่ที่เรียกว่า การกินวอหรือเคาะจา ซึ่งคล้ายกับตรุษจีนของคนจีน 2) ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน จะมีประเพณีก่อกองทรายดอกไม้ และเพื่อเป็นพิธีล้างบาปจากปีที่ผ่านมามีการฆ่าสัตว์ จะทำพิธีกรรมโดยหมอผีหรือหมอไสยศาสตร์ 3) ในช่วงก่อนเข้าพรรษา จะมีพิธีทานศาลาในช่วงเดือนพฤษภาคม ก่อนที่จะปลูกข้าวเพื่อเป็นการบอกเจ้าที่ เจ้าทาง เจ้าป่า เจ้าเขาให้รับรู้ 4) ในช่วงเข้าพรรษาจะการปลูกผักสวนครัวในไร่ในสวน แล้วนำหัวเครือไปไหว้ถวายแก่บรรพบุรุษในวันศีลเพื่อผลผลิตจะได้ออกดอกออกผล 5) พิธีกรรมก่อนที่จะเกี่ยวข้าวหรือพิธีการกินข้าวใหม่ โดยการนำข้าวใหม่ พืชพันธุ์ต่างๆ และฆ่าไก่เพื่อมาไหว้ถวายส่งให้บรรพบุรุษ ในแต่ละพิธีกรรมเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการทำพิธีกรรมนั้นส่งผลดีต่อสุขภาพจิตต่อผู้กระทำและคนในครอบครัวอีกด้วย

ในการสืบทอดความรู้เรื่องสมุนไพรได้เรียนรู้มาจากแม่ยายที่มีความรู้เรื่องสมุน ตอนเด็กๆ ตามแม่เฒ่าเข้าป่าเก็บสมุนไพรจึงทำให้มีประสบการณ์มาถึงทุกวันนี้ ในการใช้สมุนไพรจะใช้ป้องกันหรือบรรเทาก่อนแล้วจะไปรับการรักษาโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลหรืออนามัย หากจะต้องใช้สมุนไพรจะใช้สมุนไพรเฉพาะคนภายในหมู่บ้านเท่านั้น อย่างเช่น มีอาการปวดท้อง, ท้องร่วง จะใช้ใบฝรั่งต้มหั่นผสมเกลือเพื่อรักษาอาการ แต่ถ้ามี

อาการรุนแรงจะต้องไปโรงพยาบาลทันที ส่วนมากผู้สูงอายุจะใช้รักษาจาก โรงพยาบาลและอนามัยในการรักษาอาการเจ็บป่วย สมุนไพรคุณหมอบอกห้ามกิน

ในความเชื่อของชนเผ่าลาหู่ผีที่ดีจะเป็นผีบรรพบุรุษ ผีน้ำ, ผีป่า, ผีดอย แต่มีความจำเป็นจะต้องไหว้เพราะจะได้ช่วยดูแลคุ้มครอง สัตว์เลี้ยง(วัว, ควาย) ที่เลี้ยงไว้ให้เขาคอยปกปักรักษาโดยการเซ่นไหว้เพื่อสิ่งเหล่านี้จะได้ปกป้องให้พ่นภัยอันตราย ถ้ามีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายใจ จะทำพิธีกรรมโดยการฆ่าหมูฆ่าไก่เพื่อเลี้ยงคนในหมู่บ้าน เพื่อเป็นการเรียกขวัญให้กับคนภายในบ้าน

ส่วนใหญ่ทุกคนจะไปอนามัยและโรงพยาบาลเพราะมีความสะดวกสบายขึ้น แต่สมัยก่อนไม่สามารถไปได้เพราะระยะทางมาผลทำให้ต้องใช้สมุนไพร การรักษาแบบใช้สมุนไพรจึงน้อยลงเพราะมีการเข้าถึงโรงพยาบาลหรือเข้าถึงระบบสุขภาพได้ดี

บทที่ 5
อภิปรายและการวิจารณ์ผล

การอภิปรายกระบวนการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเป็นภาคตัดขวง รูปแบบการวิจัยแบบนี้จะมีข้อจำกัดในการประเมินความเป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากตัวแปรต้นและตัวแปรตามจะถูกวัดในเวลาเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม การวิจัยรูปแบบนี้จะมีประโยชน์มากในการวัดสถานการณ์ในเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งผลการประเมินจะทราบขนาดของปัญหา หรือ อัตราความชุก ขณะเดียวกัน ผลการวิจัยจะสามารถวัดตัวแปรต้นหลายตัวและตัวแปรตามหลายตัวในขณะเดียวกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทราบสถานการณ์ด้านสุขภาพของร่างกายของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา นักวิจัยจึงได้เลือกรูปแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้

ในขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล เนื่องจากช่วงเวลาที่นักวิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลนั้นบางช่วงเป็น ฤดูฝน จึงทำให้บางหมู่บ้าน ไม่สามารรถเข้าไปเก็บข้อมูลได้เนื่องจากปัญหาการคมนาคม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 6 หมู่บ้าน จากจำนวนทั้งสิ้น 60 หมู่บ้าน ซึ่งนักวิจัย ได้เตรียมสุ่มหมู่บ้านสำรองไว้ตั้งแต่ช่วงที่สุ่มหมู่บ้านเป้าหมาย ดังนั้นผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลอาจจะได้รับผลกระทบบ้าง แต่นักวิจัยยังเชื่อว่าผลการวิจัยไม่ได้คลาดเคลื่อนจากค่าความจริงมาก

ในช่วงการเก็บข้อมูลยังพบปัญหาเรื่องความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งนักวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มที่สุ่มคัดเลือกได้นั้นไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ แต่อย่างไรก็ตามนักวิจัยได้ตระหนักในเรื่องนี้ตั้งแต่ต้น โดยเฉพาะช่วงที่มีการพัฒนาและทดลองใช้เครื่องมือ นักวิจัยจึงได้มีการจัดหาและจัดจ้างผู้ช่วยนักวิจัยระดับหมู่บ้านที่สามารถสื่อสารภาษาไทย ได้ และได้รับความร่วมมือจากผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลอาจจะมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากปัญหานี้บ้าง

ในการเก็บตัวอย่างเลือดในช่วงแรก นักวิจัยไม่ได้ปั่นแยกซีรั่มจากหมู่บ้าน เนื่องจากนักวิจัยสามารถส่งตัวอย่างเลือดเพื่อทำการวิเคราะห์หลังจากเจาะได้ภายใน 10 ชั่วโมง แต่อย่างไรก็ตามหลังจากที่มีการดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มมากขึ้น หมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ห่างไกลจากห้องปฏิบัติการของโครงการวิจัยไม่สามารถส่งตัวอย่างเลือดได้ภายใน 10 ชั้วโมง ดังนั้นนักวิจัยจึงได้จัดการปั่นแยกซีรั่มด้วยเครื่องปั่นแยก ซึ่งผลการวิเคราะห์อาจจะมีความแตกต่างกันบ้าง แต่อย่างไรก็ตามนักวิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยไม่ได้ต่างกันระหว่างวิธีทั้ง 2

การอภิปรายผลการวิจัย

ในประเด็นเรื่องรายได้จากผลการวิจัยของ Isil, et al (2013) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวตุรกีที่มีรายได้ต่ำมีความทุกข์มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ดี 4.3 เท่า ในกลุ่มที่มีสถานะหย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีความทุกข์มากกว่ากลุ่มที่มีคู่ 8.4 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 89.2% ถือว่ายังเป็นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสำหรับประเทศไทย

ในประเด็นดัชนีมวลกายของ Aganiba, et al (2015) พบว่าจากการประเมินสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในประเทศกาน่าพบว่า 18% มีดัชนีมวลต่ำกว่ามาตรฐาน และ 21.5% เกินค่ามาตรฐาน ส่วนการบริโภคสุราและกลุ่มที่มีปัญหาทางสายตาพบว่ามีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในเรื่องดัชนีมวลพบว่าผู้สูงอายุมีดัชนีมวลต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 14.6% ซึ่งใกล้เคียงกับผลวิจัยของกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศกาน่า

ในประเด็นเรื่องโรคต้อกระจกในตาของ Parisa, et al (2015) พบว่าอัตราความชุกของโรคต้อกระจกในกลุ่มผู้สูงอายุอิหร่าน ร้อยละ 22.6% เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาต้อกระจกและผ่านการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งอัตราความชุกใกล้เคียงกับผลการศึกษาผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทั้ง 6 ชาติพันธุ์ พบว่าอัตราความชุกต้อกระจกในตา ร้อยละ 16.4 % ส่วนในประเด็นเรื่องความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจากผลงานวิจัยของ Lee, et al (2015) อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์ 74.1% และมีปัจจัยที่สัมพันธ์ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ อายุที่มากขึ้น และคนที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินค่ามาตรฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ พบว่า อายุและดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ปัญหาที่พบในการศึกษาส่วนใหญ่จะมาจากปัญหาอายุที่เพิ่มและดัชนีมวลกายที่เกินค่ามาตรฐาน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุควรเน้นในเรื่องการบริโภคและออกกำลังกายตามช่วงอายุที่เหมาะสม ในประเด็นผลการวิจัยของ Fabiana, et al (2016) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแผลเบาหวานที่เท้า ร้อยละ 58.6% ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลเบาหวานที่เท้าเกิดจากอายุที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา และในผลการวิจัยของ Naim, et al (2013) พบว่า ร้อยละ 83% ของผู้สูงอายุในประเทศโคโซโวมีปัญหาโรคเรื้อรัง (63% โรคหลอดเลือดหัวใจ) และ 45% เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทำให้มีปัญหาโรคเรื้อรัง คือ เพศหญิง อายุที่มากขึ้น ความยากจน การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย พบว่า อายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยทำให้เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งตอนนี้ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในประเทศไทย

ในเรื่องปัญหาสุขภาพกายของชนเผ่ากะเหรี่ยงในผลการศึกษาของ Umaporn, 2015 จากการศึกษาปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุของชาวเขาเผ่าปกาเกอะญอ กรณีศึกษาบ้านแม่หลุ ตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบมีโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในเชิงปริมานในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจากประเมินภาวะสุขภาพพบกลุ่มตัวอย่างชนเผ่ากะเหรี่ยงมีอัตราความชุกโรคเบาหวานมากที่สุด และในส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ส่วนใหญ่ชนเผ่ากะเหรี่ยงที่ใช้สมุนไพรเพราะว่าไปโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยไม่หายจากอาการเจ็บป่วยจึงมารักษาด้วยวิธีนี้ แต่วิธีนี้เป็นทางเลือกสุดท้ายของผู้มารักการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษาในเช่นกันพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้วิธีการรักษาจากหมอสมุนไพรและหมอผี ถ้าหากมีอาการรุนแรง ผู้สูงอายุจะไปรับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนั้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยการเข้ารับบริการทางสุขภาพจากสถานบริการทางสุขภาพจึงเป็นทางเลือกแรกๆ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อทำการรักษาอย่างถูกวิธี ส่วนการศึกษาของสร้อยศิริ ทวีบูลและคณะที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงกันเดียวกัน

ที่อำเภอแม่สอดจังหวัดตาก พบว่าอัตราการเป็นโรคฟันผุ เท่ากับ ร้อยละ 78 และมีปัญหาโรคเหงือกมีค่า Community Periodontal Index (CPI)-score เท่ากับ 2.06+-0.32 ร้อยละ 11 เท่านั้นที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ซึ่งไม่เหมือนกับผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่ปัญหาเรื่องฟัน ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องเหงือกอักเสบ ร้อยละ 73.7 เป็นจำนวนมาก

ในประเด็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุจากผลการวิจัยของ Shin, et al (2013) พบว่าผู้สูงอายุประเทศเกาหลีที่มีอัตราความชุกในการสูบบุรี่ในเพศชาย 23.3% และในเพศหญิง 3.9% เช่นเดียวกับประเด็นผลการศึกษาของ Lim, et al (2016) พบว่าอัตราความชุกของกลุ่มผู้สูงอายุมาเลเซียที่สูบหรี่สูบบุรี่ 11.9% ในปัจจุบันอัตราความชุกในเพศชายสูบบุหรี่(ร้อยละ 28.1%) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 2.9%) ซึ่งสอดคล้องกับการผลการศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีอัตราความชุกในการสูบบุรี่มากกว่าเพศหญิง ส่วนในประเด็นที่ผลการวิจัยแตกต่างกัน พบว่าผลการวิจัยของ Sanjeev, et al (2016) ซึ่งไม่พบว่าการสูบุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเพศ

ในประเด็นเรื่องความเสี่ยงต่อการหกล้มของ Pradnya (2016) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุประเทศอินเดีย คือ มีปัญหาเรื่องการมองเห็น มีอาการวิงเวียน สภาพที่ไม่สมดุล ปัญหาโรคเรื้อรัง กลุ่มกลัวการหกล้ม และเคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน ซึ่งไม่เหมือนกับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เพศและอายุเป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ส่วนผลงานวิจัยของพุทธิพงษ์ พลคำฮักและคณะ ได้ทำการทดสอบเครื่องมือ Five Times Sit-to- Stand Test ในกลุ่มผู้สูงอายุผู้ที่มีประวัติการล้ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชายสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย ซึ่งในการศึกษาวิจัยนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มยังทำงาน เช่น ทำไร่ ทำสวน ทำให้มีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา และส่วนการทดสอบ Timed up and go test ในการวิจัยครั้งพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทดสอบ Timed up and go test อยู่ในช่วง 5-35 วินาที ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Onivaldo, et al (2013) ซึ่งรายงานการใช้เวลาทดสอบของ Timed up and go test อยู่ในช่วง 0-19 วินาที และผลการศึกษาของ Sydney, et al (2016) รายงานว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มาเก๊า ประเทศจีน ที่มีประสบการณ์หกล้มหลังจากอายุ 60 ปี ที่มีปัญหาเกี่ยวกับ สายตา ข้อเข่าอักเสบและโรคปอด มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์หกล้ม ซึ่งไม่เหมือนกับผลการวิจัยในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่มีปัญหาจากการหกล้มมาจาก เพศที่ต่างกัน อายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีความเสี่ยงต่อการหกล้มอยู่ และในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มจึงมีความจำเป็นอย่างที่จะต้องส่งเสริมในผู้สูงอายุเพศหญิงและผู้ดูแลหลักควบคู่กันไป

ในประเด็นความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยในการศึกษาของธวัชชัย อภิเดชกุลและคณะ (2016) ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอาข่า จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย พบว่าระดับความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยในผู้สูงอายุชาวอาข่า โดยไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย ร้อยละ 96.0 ความสามารถในการสื่อสารหรือการพูด ร้อยละ 74.0 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระดับความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่า ระดับการสื่อสาร ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน และเขียนได้ ดังนั้นทางแก้ปัญหาในเรื่องระดับความสามารถในการสื่อสารที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพนั้น หน่วยงานของรัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาลูกหลานเยาวชนของชนชาติพันธุ์ในแต่ละพื้นที่ โดยให้ทุนสนับสนุนเพื่อการศึกษาต่อในระดับวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีโอกาสได้ศึกษาและนำความรู้ความสามารถกลับไปพัฒนาบ้านเกิดของตนเอง บุคคลเหล่านี้จะมีความเข้าใจในความเป็นตัวตนของชาติพันธุ์ตนเอง เข้าใจในด้านวัฒนธรรม ภาษา และความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และจะช่วยลดปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และทำให้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ง่ายขึ้น

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากการประเมินสุขภาพร่างกายกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ยังมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคดันดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ต้อกระจก ปัญหาการได้ยิน ปัญหาสุขภาพช่องปาก เป็นต้น และผลการประเมินปัญหาสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพเหล่านี้มากกว่าเพศชาย

ในภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่า ชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่พฤติกรรมของการสูบบุหรี่และดื่มสุรามากที่สุดและยังเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบ ๆ มากที่สุด ส่วนกลุ่มลีซอเป็นกลุ่มที่มีการเคี้ยวหมากมากที่สุด อย่างไรก็ตามในการประเมินความแตกต่างในพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรม อาหารรับประทานอาหารดิบ ๆ การเคี้ยวหมากและพฤติกรรมการออกกำลังมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหารดิบ ๆ การสูบฝิ่น การกินยาบ้า มากกว่าเพศหญิง ส่วนพฤติกรรมการเคี้ยวหมากและการออกกำลังกายพบมากในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ผลตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 793 ราย สามารถเจาะตัวอย่างเลือดเพื่อหาตัวชี้วัดทางชีวเคมีได้จำนวน 774 ราย พบว่า กลุ่มเพศหญิงมีค่าระดับกรดยูริค ไขมันคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงมากกว่าเพศชาย ในส่วนระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 60-69 ปีมีค่าระดับน้ำตาล ไขมันคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอร์ไรด์สูงในเลือดสูง และพบว่ากลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี มีค่าระดับกรดยูริคในเลือดสูงมากกว่ากลุ่มที่มี อายุต่ำกว่า 79 ปี ส่วนระดับตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในแต่ละชาติพันธุ์พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีค่าระดับน้ำตาลสูงมากที่สุด กลุ่มชาติพันธุ์ม้งมีค่าระดับยูริคสูงมากที่สุด กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีค่าระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงมากที่สุด และ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ที่มีค่าระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูงมากที่สุด

จากผลประเมินเปรียบเทียบโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มเพศชายและหญิงมีอัตราส่วนการเป็นโรคเบาหวานเท่าๆกัน และในกลุ่มโรคดังกล่าว ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง หลังจากตรวจร่างกายโดยการวัดความดันโลหิต เป็นกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 10.5 และจากการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มตัวอย่างอย่างที่ไม่มีประวัติโรคเบาหวานพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 7.7 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่รู้ตัวเป็นโรคเบาหวานหรือเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่

ในภาพรวม พบผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการกระจายตัวของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน รวมไปถึงอัตราความชุกของโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่มีอัตราความชุกเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คือ กะเหรี่ยง รองลงมา เป็นกลุ่ม

เย้าและลาหู่ ส่วนในอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุด คือ เย้า รองลงมาเป็นกลุ่มลีซอ การกระจายของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในแต่ละชนเผ่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา พบว่ามีจำนวน 5 ปัจจัย กล่าวคือ ชนเผ่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรคความดันโลหิตสูง และมีค่าไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดสูง ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่ามีจำนวน 5 ปัจจัย กล่าวคือ ชนเผ่า อายุ ดัชนีมวลกาย และเป็นโรคเบาหวาน

ในการประเมินโดยใช้เครื่องมือ 5 Times Sit-to-Stand Test และ Timed Up and Go Test ซึ่งเป็นเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย โดยพบว่าปัจจัยทำให้หกล้ม คือ ช่วงอายุและดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน

ด้านระดับความรู้ ทัศคติและการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเข ในภาพรวมพบว่า ร้อยละ 39.5 เป็นกลุ่มที่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพสูง ร้อยละ 19.6 กลุ่มที่มีระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพสูง ร้อยละ 16.7 กลุ่มที่มีระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพสูง ร้อยละ 12.5 ส่วนผลการประเมินระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพระหว่างชนเผ่า พบว่าระดับทัศคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับความรู้และระดับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้านที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากผลการสอบถามเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในกลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์พบว่า การใช้ยาสมุนไพรชนเผ่า ร้อยละ 52.2 การรักษาแบบแพทย์ชนเผ่าโดยการต้มสมุนไพรดื่ม ร้อยละ 65.2 และการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยหมอเป่า ร้อยละ 11.7 และกลุ่มชาวเย้าเป็นกลุ่มที่ใช้สมุนไพรชนเผ่ามากที่สุด รองลงมาเป็นชนเผ่าลีซอ และกะเหรี่ยง ตามลำดับ ส่วนในประเด็นการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยหมอเป่าพบว่าผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่นิยมใช้การรักษากับหมอเป่ามากที่สุด รองลงมาเป็นผู้สูงอายุกะเหรี่ยงและลีซอตามลำดับ และในการรักษาอาการเจ็บป่วยโดยพิธีกรรมทางศาสนาพบว่าผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่นิยม การรักษาโดยพิธีกรรมมากที่สุด รองลงมาเป็นชนเผ่าอาข่าและลีซอ ตามลำดับ

ปัจจุบันชาติพันธุ์แต่ละชาติพันธุ์ยังมีการรักษาในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน ผู้ที่ให้การรักษานั้นเป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การรักษาด้านสมุนไพรและไสยศาสตร์ ในทางไสยศาสตร์สามารถเป่าคาถา ดูลายนิ้วมือได้ แต่ปัจจุบันจะใช้แพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนใหญ่(ยาสมุนไพร) หรือบางพิธีกรรมต้องใช้ควบคู่กันไป แต่เมื่อก่อนจะใช้คาถาเป่ามากกว่าใช้สมุนไพร ต่อมาเปลี่ยนศาสนาทำให้เปลี่ยนรูปแบบการรักษาไปเพราะอิทธิพลทางศาสนาเพราะการเป่าคาถาเป็นไสยศาสตร์ในทางศาสนา

ในทางการรักษาส่วนใหญ่คนที่มาหา จะไปพบแพทย์จากโรงพยาบาลมาก่อน ก่อนจะมาหาทำการรักษากับหมอแพทย์พื้นบ้าน มีความเชื่อในด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน โดยมีหมอเมืองและหมอผี ในส่วนของหมอเมืองจะมีหน้าที่ทำพิธีเกี่ยวกับเรื่องที่คนภายในหมู่บ้านทำผิดกฎในวัฒนธรรม จารีต

ประเพณี พิธีต่างๆ ในหมู่บ้าน ห้ามใครทำโดยภาระการ จะต้องมีปรึกษากับหมอเมืองเท่านั้นถึงจะปฏิบัติได้ เช่น การเลี้ยงศาล เลี้ยงข้าวใหม่ ทุกพิธีกรรมทางศาสนาหมอเมืองจะเป็นคนรับผิดชอบทั้งหมด ในส่วนของหมอผี(เข้าทรงจากผีบรรพบุรุษ) คล้ายคนจีน หน้าที่ของหมอผีจะเป็นคนแนะนำแนวทางการหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ไม่ดี เช่น ห้ามเข้าป่า ห้ามออกจากบ้าน หากมีอาการป่วยสบายที่ไม่ใช่การกระทำของผี จะมีการแนะนำให้ไปโรงพยาบาล

ปัจจุบันอยู่มีโรงพยาบาลและสถานีอนามัยใกล้เคียงสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และยังมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสามารถสื่อสารเป็นภาษาชนเผ่าได้ จึงทำให้สะดวกจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย เป็นผลทำให้พิธีกรรมต่างๆ ในชนเผ่าลดลง แต่ถ้าหากอาการป่วยไม่หายจากการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันก็จะกลับมาใช้สมุนไพรกับหมอผี แตกต่างจากอดีตที่มีแพทย์แผนปัจจุบันไม่เพียงพอหรือห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการเดินทาง ความยากจน จึงจำเป็นต้องทำการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน และการใช้สมุนไพรยังเป็นที่นิยมในบางกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น เย้าและกะเหรี่ยง เป็นต้น ในการเรียนรู้เรื่องแพทย์พื้นบ้านหรือการใช้สมุนไพรนั้นส่วนใหญ่ได้วิธีการรักษามาจากบรรพบุรุษได้สอนไว้ กลุ่มที่ใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่ที่ใช้การรักษาวิธีนี้เพราะว่าการรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยไม่หายจากการเจ็บป่วยจึงมารักษาทำการด้วยวิธีนี้ แต่วิธีนี้เป็นทางเลือกสุดท้ายของผู้มารักการรักษา แต่บางคนไม่มีเวลาไป ก็มารับการรักษาด้วยการใช้ยาสมุนไพรเลย

ข้อเสนอแนะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

1. ควรมีการดำเนินโครงการส่งเสริมให้ความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

2. ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการนำไปสู่ปัญหาโรคเรื้อรังในแต่ละเพศชนเผ่า อย่างเหมาะสม

3. ควรจัดกิจกรรมการคัดกรองโรคในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาให้เหมาะสมตามช่วงอายุอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังโรค

ข้อเสนอแนะสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. ควรมีการจัดการพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคเรื้อรังให้ชัดเจนในกลุ่มเพศ ช่วงอายุ ชาติพันธุ์อย่างเหมาะสม โดยการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ส่งเสริมให้มีการจัดการปัญหาที่มีผลทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา โดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวเป็นประจำโดยการออกกำลังหรือทำกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมทางร่างกาย การทรงตัวและลดความสี่ยงต่อการล้ม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในรูปการศึกษาในรูปแบบ Cohort study design เพื่อดูศึกษาให้แน่ชัดถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

2. ควรเน้นการวิจัยในแต่ละชนเผ่าให้ลึกเข้าไป เพราะในการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยทางสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในทางวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ในแต่ละชนเผ่า

3. ควรทำการวิจัยเชิงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปดำเนินการได้จริงในพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบายในด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ควรพิจารณาการกระจายสถานบริการไปยังหมู่บ้านชาวไทยภูเขาให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม และเพื่อลดอัตราป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. ควรการส่งเสริมนโยบายเกี่ยวกับการใช้แพทย์พื้นบ้าน สมุนไพรให้สอดคล้องกับภูมิปัญหาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อในการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย

3. ควรส่งเสริมนโยบายให้มีการจัดจ้างบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถสื่อสารภาษาชนเผ่าหรือนโยบายในการพัฒนาเยาวชนในพื้นที่ให้มีการศึกษาในด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

บรรณานุกรม

Bassem Elsawy and Kim E. Higgins. (2011). The geriatric assessment. American Family Physician. 83(1): 48-56

Fabiana MNP, Ana PA. Torquato L, Guilherme OA, Elen FT and Sonia SM. Differences between genders in relation to factors associated with risk of diabetic foot in elderly persons: A cross-sectional trial. Journal of Clinical & Translational Endocrinology 2016; 6: 30-36

Isil E and Aliye M. Demographic and socioeconomic inequalities for self-rated health and happiness in elderly: The situation for Turkey regarding World Values Survey between 1990 and 2013. Archives of Gerontology and Geriatrics 2015; 61: 224-30.

K. H. Lim, K. Jasvindar, S. M. Cheong, B. K. Ho, H. L. Lim, C. H. Teh, K. J. Lau, A. Suthahar and D. Ambigga. Prevalence of smoking and its associated factors with smoking among elderly smokers in Malaysia: findings from a nationwide population-based study. Tobacco Induced Diseases 2016; 14: 8. DOI 10.1186/s12971-016-0073-z

Lee SES, Mythily S, Edimansyah A, Janhavi AV and Siow AC. Hypertension and its associated risks among Singapore elderly residential population. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics 2015; 6: 125-32

Lei W, Yao H, Bin J, Miao L, Jianhua W, Di Z,Yiyan W, Jing Z and Yao Y. Association between sleep duration and the prevalence of hypertension in an elderly rural population of China. Sleep Medicine 2016; 27-28; 92-98

Mortimer JA, Borenstein AR, Ding D, DeCarli C, Zhao Q, Copenhaver C, et al. (2010). High normal fasting blood glucose is associated with dementia in Chinese elders. Alzheimers Dement. 6(6); 440–7.

Naim J, Ervin T, Genc B, Naser R and Helmut B. Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey. BMC Geriatrics2013 ;**13**:22. **DOI:** 10.1186/1471-2318-13-22

Onivaldo B, José ESJ, Odilon RR and José EC. Risk of falling among elderly persons living in the community: assessment by the Timed up and go test. Braz J Otorhinolaryngol 2013; 79(1): 18-21.

Parisa TT, Mohammad EM, Mehdi MN and Farid N. The health status of the elderly population of Iran in 2012. Archives of Gerontology and Geriatrics 2015; 60: 281-87

Pradnya D and Ragupathy S. Prevalence of risk factors for falls among elderly people living in long-term care homes. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics 2016; 7:99-103

Puttipong P, Thanicha I, Nawapol P and Peerasak M. A Pilot Study on the Risk of Fall Prediction in Thai Elderly Using FiveTimes Sit-to-Stand Test**.** Srinagarind Med J 2014; 29(3): 237-42.2013; 79(1): 18-21.

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Akha: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/akha.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lahu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/lahu/

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lisu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/lisu.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Karen: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/karen/karen-history.php

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554).Hmong: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/hmong.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Yao: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/mien.html

Qin L, Yang Z, Gu H, Lu S, Shi Q, Xing Y, et al. (2014). Association between serum uric acid levels and cardiovascular disease in middle-aged and elderly Chinese individuals. BMC Cardiovascular Disorders; 14: 26.

Sanjeev D, Jai VS, Santosh KR, Khursheed M and Rama S. Tobacco use and its impact on pulmonary health among elderly population in rural area of Muzaffarnagar – A cross-sectional study. Indian Journal of Tuberculosis 2016; 63: 183-91

Shin KK, Joon HP, Jung JL, Seok BL, Tae HK, Ji WH, Jong CY, Jin HJ, Dong YL and Ki WK. Smoking in elderly Koreans: Prevalence and factors associated with smoking cessation. Archives of Gerontology and Geriatrics 2013; 56:214-19

Sroisiri T, Boonyanit T, Futoshi N, Surachai D, Teeralaksna S, and Mari F. Oral health status among elderly hill tribe villagers in Mae Sot, Thailand. Asia Journal of Public Health 2010; 1(2): 11-15.

Sydney XH, Wai IL, Ka KC, Brian JH and Siu FC. Common chronic health problem and life satisfaction among Macau elderly people. International Journal of Nursing Sciences 2016; 3: 367-70

29(3): 237-42.2013; 79(1): 18-21.

Tawatchai A ,Pilasinee Wongnuch ,Siriyaporn Sittisarn and Thapakorn Ruanjai. Health situation of Akha Hill Tribe in Chiang Rai Province, Thailand. Journal of Public Health and Development Vol. 14 No. 1 January-April 2016

Trapé AA, Jacomini AM, Muniz JJ, Sertorio JC, Tanus-Santos, do Amaral SL, et al. (2013). The relationship between training status, blood pressure and uric acid in adults and elderly. BMC Cardiovascular Disorders. 13; 44.

Umaporn Kensila, Nittayagorn Loonprom and Manop Kanato. Caring of Pagagayor's Elderly : Case study Mae Lu Village, Kangkhaek sub-distict, Maejam district, Chiang Mai Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2015 Volume 18 No.3 September-December 2015

WHO. (2006). Definition of an older or elderly person. Retrieved 6 August, 2014, from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). ประชากรผู้สูงอายุไทย. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558. Retrieved 23 ธันวาคม 2559. From www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf

กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาสถิติสุขภาพ ฉบับที่ 2557-2558. Retrieved 30 ธันวาคม 2559. From www.osthailand.nic.go.th/files/social_sector/SDP_health291057-new6.pdf

ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา จังหวัดเชียงราย. 2556. จำนวนประชากรชาวเขาปี 2556. Retrieved 29 กรกฎาคม 2558. From www.crsdc12.go.th/index.php?mo=10&art=42166679

ภาคผนวก

แบบประเมินสุขภาพกาย

รหัส_____

ที่อยู่บ้านเลขที่_____หมู่ที่____ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดเชียงราย

วันที่เก็บข้อมูล.....ผู้บันทึก.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ใช้ทุกโครงการย่อย)

1.1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

1.2. มีบัตรประชาชนไทย 13 หลัก

☐ มี ☐ ไม่มี ☐ บัตรอื่น ระบุ.....

1.3. ชนชาติพันธ์

☐ อาข่า ☐ ลาหู่ ☐ ม้ง ☐ เย้า ☐ กะเหรี่ยง ☐ ลีซู

1.4. อายุ .....ปี (อายุจริง)

1.5. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ ...

1.6. การศึกษา ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถม ☐ มัธยม ☐ อื่น ๆ ...

1.6.1 ศักยภาพการพูดภาษาไทย

☐ ไม่ได้ ☐ ได้เล็กน้อย ☐ สามารถพูดสื่อสารได้

1.6.2 ศักยภาพการฟังภาษาไทย

☐ ไม่ได้ ☐ ได้เล็กน้อย ☐ สามารถฟังรู้เรื่องดี

1.6.3 ศักยภาพการอ่านภาษาไทย

☐ ไม่ได้ ☐ ได้เล็กน้อย ☐ สามารถอ่านได้ดี

1.6.3 ศักยภาพการเขียนภาษาไทย

☐ ไม่ได้ ☐ ได้เล็กน้อย ☐ สามารถเขียนได้ดี

1.7. สถานภาพคู่สมรส

☐ โสด ☐ คู่ ☐ หย่า ☐ หม้าย

1.8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันทั้งหมด.....คน (ที่อยู่จริง)

1.9. จำนวนบุตร.....คน (ปัจจุบันมีชีวิต.....คน)

1.10. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ

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

1.11. อาชีพ ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ เกษตรกรรม ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้าง ☐ รับราชการ ☐อื่น ๆ

1.12. รายได้(ต่อเดือน).....บาท

1.13. หนี้สิน.....บาท

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

2.1. สูบบุหรี่หรือไม่

☐ สูบ.....ปี ☐ ไม่สูบ ☐เลิกแล้ว.....ปี

2.2. ดื่มสุราหรือไม่

☐ ดื่ม.....ปี ☐ ไม่ดื่ม ☐เลิกแล้ว.....ปี

2.3. สูบฝิ่น

☐ สูบ.....ปี ☐ ไม่สูบ ☐เลิกแล้ว.....ปี

2.4. กินยาบ้า

☐ กิน.....ปี ☐ ไม่กิน ☐เลิกแล้ว.....ปี

2.5. การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ

☐ ทาน ☐ ไม่ทาน ☐เลิกแล้ว.....ปี

2.6. การออกกำลังกาย

☐ ไม่ทำ ☐ ทำ (แบบไหน..... ☐ สม่ำเสมอ☐ นาน ๆ ครั้ง)

☐ มีอาชีพเหมือนออกกำลังกาย

2.7 เคี้ยวหมาก

☐ เคี้ยว ☐ ไม่เคี้ยว

2.7 น้ำหนัก .....กิโลกรัม

2.8 ส่วนสูง .....เซนติเมตร

2.9 เส้นรอบเอว .....เซนติเมตร

2.10 ความดันโลหิต ครั้งที่ 1 ..... ครั้งที่ 2..... ครั้งที่ 3.....

2.11 ชีพจร.....ครั้ง/นาที

2.12 เวลาท่านรู้ไม่สบาย ท่านได้ใช้ยาสมุนไพรของชนเผ่าไหม

☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ (☐ ไข้ ☐ ไอ ☐ ท้องเสีย ☐ มีบาดแผล☐ ปวดกล้ามเนื้อ ☐ ปวดท้อง ☐ เบื่ออาหร ☐ ผื่นคัน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....)

2.13 ท่านได้รักษาแบบแพทย์ชนเผ่าแบบไหนบ้าง

☐ นวด ☐คลอบแก้ว ☐ ฝังเข็ม ☐ แช่สมุนไพร☐ ต้มดื่มสมุนไพร

2.14 ท่านใช้หมอเป่าเพื่อรักษาอาการไม่สบายไหม

☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ (☐ ไข้ ☐ ไอ ☐ ท้องเสีย ☐ มีบาดแผล ☐ ปวดกล้ามเนื้อ ☐ เบื่ออาหร ☐ ผื่นคัน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....)

2.15 ท่านใช้พิธีทางศาสนาในการรักษาอาการไม่สบายไหม

☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ (☐ ไข้ ☐ ไอ ☐ ท้องเสีย ☐ มีบาดแผล ☐ ปวดกล้ามเนื้อ ☐ เบื่ออาหร ☐ ผื่นคัน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพทั่วไป

No	อาการหรือโรค	มี	ไม่มี	รายละเอียด
3.1	Disability			
3.2	Diabetes			
3.3	High blood pressure			
3.4	Heart problem			
3.5	Breathing or lung disease problem			
3.6	Sleep problem			
3.7	Eyesight or eye problem			
	ตาซ้าย			
	ตาขวา			
3.8	Ear or hearing problem			
	หูซ้าย			
	หูขวา			
3.9	Teeth & oral cavity เนื้องอก/แผล			
	จำนวนฟันบนที่เหลือ/จำนวนฟันผุ			
	จำนวนฟันล่างที่เหลือ/จำนวนฟันผุ			
	เหงือกอักเสบ			
	ฟันปลอม			
3.10	Headache			
3.11	Dizziness			
3.12	Peptic ulcer			
3.13	Neck pain or back pain			
3.14	Joint pain or arthritis Gout / Rheumatoid			
3.15	Numbness (ชา)			
3.16	Anorexia			
3.17	Skin problem			
3.18	Other infectious diseases: TB, Malaria etc.			
3.19	Serious accident or injury			
3.20	Hospitalization			
3.21	Surgical operation			

1. 5- Times Sit – to – Stand 1)_____sec. , 2)_____sec.

2. Time- up – and – go 1)_____sec., 2) _____sec.

3. ติดเตียง ☐

4. ประวัติการหกล้มภายใน 6 เดือน ☐มี ☐ไม่มี

ภาพบรรยากาศในการเก็บข้อมูลวิจัย



รูปภาพที่ 1 : การประเมินสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชนเผ่าเย้า



รูปภาพที่ 2 : การประเมินสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่



รูปภาพที่ 3 : การประเมินความสามรถในการสื่อสารในกลุ่มผู้สูงอายุชนเผ่าลีซอ



รูปภาพที่ 4 : การประเมินความสามรถในการสื่อสารในกลุ่มผู้สูงอายุชนเผ่าอาข่า

ค. ส่วนประกอบตอนท้าย

โครงการย่อยที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย
Physical Health assessment among the elderly population in the Thai-hill tribe people, Chiang Rai Province

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี 2558 **จำนวน** 1,117,000 บาท (หนึ่งล้านหนึ่งแสนหนึ่งหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน)
ระยะเวลาทำการวิจัย 1 ปี **เริ่มทำการวิจัยเมื่อ** ธันวาคม พ.ศ.2558

หัวหน้าโครงการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: tk2516ms@gmail.com

ผู้ร่วมโครงการ

อาจารย์ ดร.นิเวศน์ กุลวงค์ หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: niwet.kul@mfu.ac.th

อาจารย์ ดร.วิภพ สุทธนะ หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: wipobs@hotmail.com

อาจารย์ ดร.จตุพงศ์ สิงหราไชย หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916904 โทรสาร 053-916821 Email: chatubhong.sing@mfu.ac.th

นายรติภาคย์ ตามรภาค หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916913 โทรสาร 053-916821 Email: ratipark.pam@mfu.ac.th

โครงการย่อยที่ 2

โครงการการประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความชุกและระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ (1) คุณภาพชีวิต (2) ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (3) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยภูเขา จังหวัดเชียงราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามพื้นที่และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย ประกอบด้วย ประกอบด้วย อาข่า ลาหู่ ม้ง เย้า กระเหรี่ยง ลีซู เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-12 ภาษาไทย (3) แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) (4) แบบทดสอบ MINI-COG ™ - PS Version (5) แบบคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุฉบับดัดแปลง Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (modified IQCODE) (6) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (GDS-15) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 793 คน ผู้สูงอายุไทยภูเขามีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับสูง ด้านร่างกายระดับต่ำ และจิตใจระดับสูง พบความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 ร้อยละ 50.2 จากแบบทดสอบ MINI-COG ร้อยละ64.4 และModified IQCODE ร้อยละ 23.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (OR_{adj}=1.44; 95% CI=1.01-2.06) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ32.9 ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้วในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงมีภาวะซึมเศร้า (OR_{adj}=1.95;95%CI=1.04-3.62) และผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ (OR_{adj}=1.92; 95%CI=1.13-3.27)

ความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมทางด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุไทยภูเขาในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีและมีชีวิตที่มีความสุข

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุไทยภูเขา

Abstract

A cross-sectional study design aimed to investigate the prevalence and identity factors associated with quality of life, cognitive impairment, and depression among the hill tribe elderly populations, Chiang Rai, Thailand. Six hill tribe elderly populations; Akha ,Lahu, Kmay,Yao, Lisu, and Karen aged ≥ 60 year old were the target population. A validated questionnaire, SF-12 (Thai version), Mini-Mental State Examination Thai 2002 (MMSE-Thai 2002), MINI-COG ™ - PS Version, Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (modified IQCODE), and Geriatric Depression Scale (GDS-15) were used as research instruments. A face-to-face interview was used for gathering the information from the subjects. A logistic regression and chi-square test were used for testing the associations.

Results: the overall quality of life and mental health among the subjects were in a high level. However, in physical aspect, it was in a low level. The prevalence of cognitive impairment was 50.2 %, 64.4%, and 23.3%, which was assessed by MMSE-Thai 2002, MNI-COG, and Modified IQCODE respectively. Age had statistical significant association with cognitive impairment (OR_{adj}=1.44, 95%CI=1.01-2.06). The prevalence of depression among the hill tribe elderly was 32.9%. Two variables were found to be associated with depression a) those people who quit smoking were associated with depression? (OR_{adj}=1.95, 95%CI=1.04-3.62), b) Low quality of life was associated with depression (OR_{adj}=1 . 9 2 , 95%CI=1.13-3.27).

In conclusion, the hill tribe elderly populations have high prevalence of cognitive impairment and depression. Hence, health care agencies in Thailand should promote mental health promotion program for improving quality of life in both physical and mental dimensions, and wellbeing.

Keyword: Quality of life, Cognitive impairment, Depressive mood, Hill tribe elder

บทที่ 1
บทนำ

หลักการเหตุผลและระบุสาเหตุที่ต้องดำเนินการวิจัย

ผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ โดยเพิ่มจำนวนจาก 1.5 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2503 เป็น 7.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551 โดยมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาจำนวนร้อยละ 14 และไม่สามารถดูแลตนเองได้ร้อยละ 1 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยประมาณ 72 ปี โดยผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ย 68 ปี และผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 75 ปี ซึ่งเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวน่าจะมาจากในปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้พัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว การบำบัด รักษา ป้องกันโรคภัยต่างๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การที่มีอายุยืนยาวไม่ได้แสดงถึงความสำเร็จ หรือมีสุขภาพที่ดี แต่ปัญหาสุขภาพที่ขึ้นกับอายุก็จะตามมา ซึ่งไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้ โรคที่ตามมาจากการมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ภาวะร่างกายผู้สูงอายุมีการเสื่อมโทรมตามวัย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบในผู้สูงอายุ คือ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด และปัญหาที่เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นคือ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) ที่นำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่พบได้หลังอายุ 60 ปี นอกจากนั้นแล้วปัญหาทางด้านร่างกายแล้วยังพบอีกว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยเช่น ภาวะซึมเศร้าตลอดจนระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขจนถึงในปัจจุบัน (Aronson MK OW, 1991)

นอกจากนี้สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association: APA) ให้ความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่า เป็นลักษณะอาการที่พบเนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ด้านสติปัญญา (Cognitive) รวมทั้งมีความบกพร่องในเรื่องของความจำ ซึ่งสาเหตุเนื่องมาจากภาวะทางกายที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสรีรวิทยา ผลของสารต่างๆ หรือเนื่องจากหลายๆ สาเหตุร่วมกัน เช่น ผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนี้ สถาบันประสาทวิทยา ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะที่การทำงานของสมองด้านสติปัญญาเสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงนี้มีค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในผู้สูงอายุ ทำให้การตัดสินใจผิดพลาดบ่อย ๆ โดยที่ผู้ป่วยเองไม่รู้ แต่ญาติและคนข้างเคียงสังเกตเห็นได้ การปฏิบัติงานในกิจวัตรประจำวันด้านอาชีพ ด้านสังคม เสียในระยะต้น การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัวเสียไปในระยะสุดท้าย เช่น การเดิน การยืน การนั่ง การทรงตัวเสียไปด้วย กลายเป็นผู้ที่ต้องนอนบนเตียงตลอด พูดไม่ได้ ฟังไม่รู้เรื่อง จำตัวเอง ภรรยา/สามี ลูกหลานและคนใกล้ชิดไม่ได้

โดยภาวะสมองเสื่อมแบ่งได้ 5 ชนิด พบสาเหตุหลักๆอยู่ 2 ชนิด คือ สมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ เกิดจากการสูญเสียการสื่อประสาท เซลล์สมองตายและฝ่อลง โดยที่ชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถทำได้เพียงการชะลอการเกิดโรคเท่านั้น และรองลงมาคือ สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือด เป็นโรคที่

เกิดจากเส้นประสาท สามารถรักษาให้หายได้ แต่การรักษาจะขึ้นอยู่กับระยะของผู้ป่วย (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546) โรคนี้ถึงแม้จะมีผลกระทบมากมาย ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านอารมณ์ ร่างกาย การดูแล และต่อสังคมคือ ต้องรับภาระในเรื่องการเงินค่าใช้จ่าย แม้ว่าการรักษาภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้ในระยะต้นๆ แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของเครื่องมือและแพทย์ในการวินิจฉัยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลทั่วไปยังคงมีน้อย จะมีแต่เฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบกับจำนวนคนไข้ที่มาก ทำให้การเข้าถึงบริการยากลำบาก และทำให้ไม่ได้ไปพบแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุจะไปพบแพทย์ก็ต่อเมื่อมีอาการที่รุนแรงแล้ว ทำให้ไม่สามารถที่จะฟื้นฟูหรือชะลอการเกิดโรคได้ อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยรู้จักและเข้าใจในโรคนี้ เนื่องจากยังคิดว่าภาวะหลงลืมเป็นภาวะที่ปกติของคนแก่ ทำให้การที่จะพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ เพื่อตรวจดูความผิดปกติจะค่อยข้างลำบาก และไม่ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546)

แนวทางการแก้ไขในการลดจำนวนผู้ป่วยใหม่ได้ คือ การค้นหาผู้ป่วยในระยะแรก (Early detection) ในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงเพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที การป้องกัน เช่น การดูแลสุขภาพ โดยการได้ศึกษาและรู้ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องและภาวะสมองเสื่อม ก็จะเป็นแนวทางในการป้องกันโรคได้ การเฝ้าระวัง ในเรื่องของการคัดกรอง ก็จะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วยจะช่วยค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในชุมชน ทำให้เกิดความตระหนัก ในกรณีผู้มีความเสี่ยงสูงก็จะเป็นการเปิดช่องทางในการส่งต่อสำหรับวินิจฉัยและรักษาต่อไป โดยพบว่าผลจากการวินิจฉัยจากแพทย์โดยอิงกับเกณฑ์ DSM-IV หรือ ICD-10 เท่านั้นถึงสามารถสรุปผลได้ว่าผู้สูงอายุคนนั้นมีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ แต่สำหรับผลบวกจากการคัดกรองจะถือว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546& Zaudig, 1992)
ความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง จะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มสูงขึ้นเท่าตัวในทุก 5 ปี และในคนที่มีอายุเกิน 85 ปี จะพบความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทย โดยการสำรวจครั้งที่ 4 ปี 2008-2009 ที่นำเสนอภาพรวมทั่วประเทศ พบว่า ภาคเหนือมีความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุร้อยละ 12.5 เป็นอันดับที่ 2 รองจากภาคใต้

ทั้งนี้ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องนั้น อาจมีปัจจัยที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า (Depression) เนื่องจากภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจที่พบได้บ่อยและค่อนข้างมาก โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีลักษณะสำคัญ คือ หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ทั้งการเรียนรู้สิ่งใหม่รวมทั้งสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจาวัน มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับมากจนเกินไป ไม่มีพลังหรือหมดความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ ขาดสมาธิ มีความรู้สึกไร้ค่า มองตนเอง ในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอๆ จนถึงอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย โดยภาวะ Mild Cognitive impairment (MCI) ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ หากตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยแพทย์จะรักษาภาวะซึมเศร้าก่อนจากนั้นจึงคัดกรองภาวะ MCI อีกครั้งหนึ่ง ภาวะ MCI ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่สามารถรักษาให้หายได้นี้จึงมีชื่อเรียกว่า Reversible cognitive impairment (Ganguli, 2014)

จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องเตรียมพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ก็เช่นกันยังไม่มีผลการวิจัยเป็นที่แน่ชัดว่ากลุ่มบุคคลเหล่านั้นมีภาวะสุขภาพจิตตลอดทั้งคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ซึ่งกลุ่มนักวิจัยได้ให้ความสนใจและอยากเข้าศึกษาเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ทันสมัย โดยใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ทั้งนี้กลุ่มนักวิจัยมีความหวังว่าการได้มาซึ่งข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถเชื่อโยงการจัดการบริหารงานสาธารณสุขในระดับต่างได้อย่างเหมาะสมทั่งในระดับครอบครัว ชุมชน อำเภอ จังหวัด แม้แต่ระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการเท่าเทียมกัน และมีการจัดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตอบสนองการแก้ไขปัญหาระดับกลุ่มชนได้อย่างเหมาะสม

ชาวไทยภูเขา เป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มที่อพยพลงมาจากทางภาคใต้ของประเทศจีนและมาตั้งรกรากที่ประทศไทยโดยประมาณ 150 ปี ซึ่งถือเป็นคนไทยกลุ่มหนึ่ง ปัจจุบันอาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือและภาคกลางตอนบนกระจายใน 20 จังหวัดของประเทศ โดยประมาณมีจำนวนทั้งหมด 800,000 คน และอาศัยอยู่ในจังหวัด เชียงราย เชียงใหม่และพะเยาร้อยละ 70 ของประชากรชาวไทยภูเขาทั้งหมด ส่วนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ปี 2556 มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ทั้งหมด 6 ชนเผ่าหลัก กล่าวคือ ลาหู่ (มูเซอ) อาข่า (อีก้อ) ลีซู กะเหรี่ยง เย้า และม้ง กระจายประชากรทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 647 หมู่บ้าน โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและอำเภอแม่จันจำนวน 3,095 ครัวเรือน ซึ่งแต่ละชนเผ่าจะมีวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา ประเพณี ความเชื่อที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามในประชากรเหล่านี้ยังมีบางส่วนยังไม่ได้รับสัญชาติไทยซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปกติแล้วกลุ่มบุคคลดังกล่าวอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนเมือง สามารถดำรงชีวิตตามวิถีประเพณีได้เป็นอย่างดี แต่ภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คนทุกคนในสังคมได้มีการเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร ตลอดทั้งการศึกษาทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดิ้นรนของคนวัยทำงานเพื่อให้คนในครอบครัวมีชีวิตอยู่รอดนำไปสู่การละทิ้งครอบคัว ชุมชน ผู้สูงอายุไว้ในหมู่บ้าน เป็นสภาพสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การพัฒนาด้านต่างๆ ที่คนในชุมชนชาวไทยภูเขาได้ประสบอยู่ในวันนี้ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมาอย่างมากมาย เช่น โรคติดต่อ การบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การละทิ้งผู้สูงอายุโดยไม่มีใครดูแล และประเด็นสำคัญที่สุดคือยังไม่มีระบบการเฝ้าระวังสุขภาพทั้งสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิต สภาพความปลอดภัยที่อยู่อาศัย ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นระบบ

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงรวมทั้งนักวิจัยจากพื้นที่ มีความมุ่งมั่นอย่างยิ่งเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ในคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขาหรือกลุ่มชนชาติพันธุ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

2. เพื่อประเมินภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

3. เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปร

ในการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมินสุขภาพจิต และแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยประเมินมิติทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และโดยรวม รวมทั้งการศึกษาตัวแปรทางด้านสุขภาพและสังคมในผู้สูงอายุที่อาจมีหรือไม่มีภาวะ พุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) และ ภาวะซึมเศร้า (Depressive mood)

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยในการได้มาจะเป็นการสุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้แต่ต้น และให้มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรชาวไทยภูเขาทั้ง 6 กลุ่ม เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของข้อมูลที่จะนำเสนอ

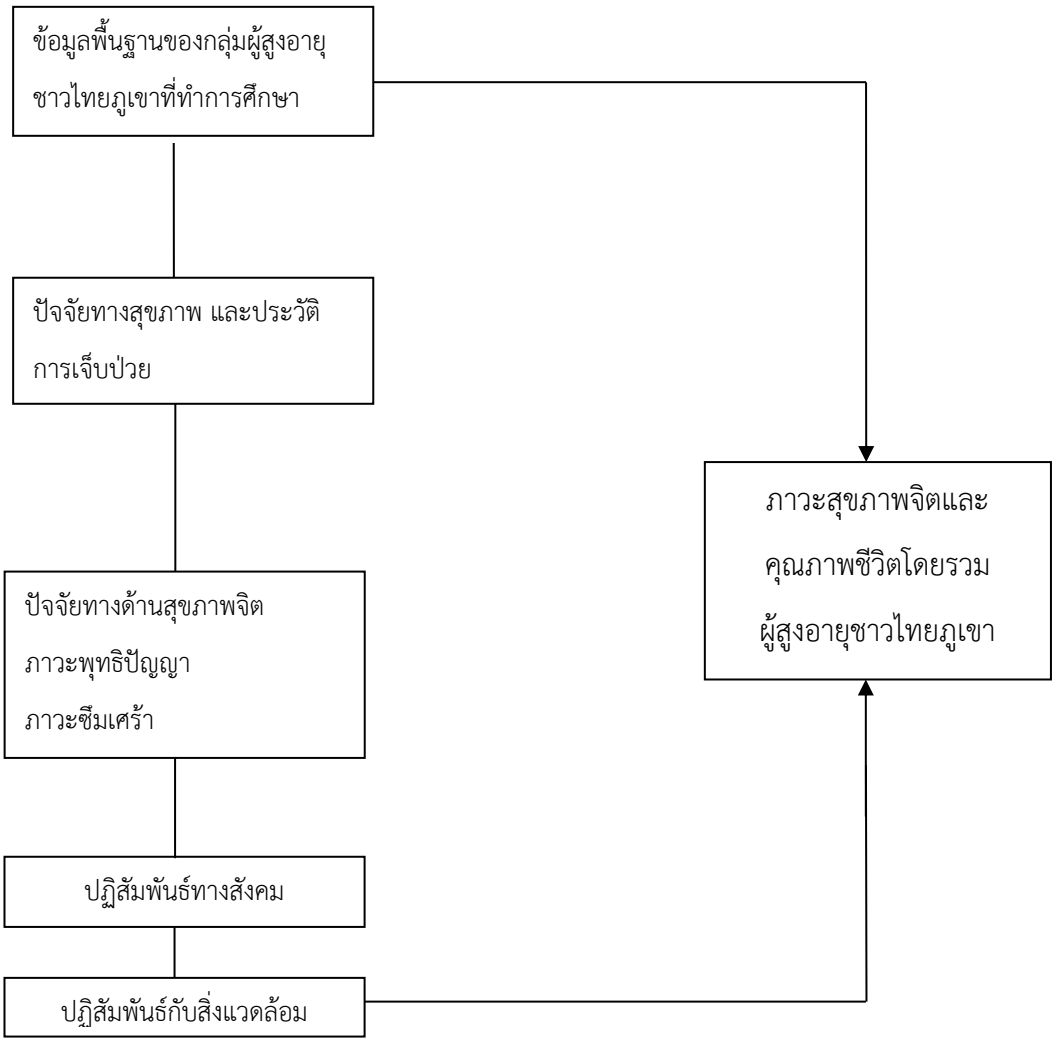
ขอบเขตด้านสถานที่

ขอบเขตด้านสถานที่ในการการวิจัยนั้นจะมุ่งเก็บข้อมูลจากพื้นที่ในจังหวัดเชียงราย โดยเฉพาะอำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่จัน อำเภอแม่สรวย อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเมืองซึ่งเป็นพื้นที่หลักของที่อยู่อาศัยของกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ขอบเขตด้านระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 ปี

กรอบแนวความคิดของการวิจัย



บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.5 กลุ่มชาติพันธุ์หรือชาวไทยภูเขาในประเทศไทย

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.7 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้

2.1 แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่า นิยามภาวะผู้สูงอายุ 3 ประเด็น กล่าวคือ ภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของบุคคล โดยในการกำหนดอายุของผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยประเทศที่กำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา ผู้สูงอายุ จะเริ่มนับตั้งแต่ 50 ปี หรือ 55 ปี ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเริ่มนับภาวะผู้สุงอายุตั้งแต่ 60 ปีหรือ 65 ปี ขึ้นไป แต่โดยทั่วไป จะเริ่มนับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงที่เกษียณจากงานประจำแล้ว พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (2546) หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) ได้อธิบายถึงภาวะผู้สูงอายุว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วย หรือความพิการเข้าร่วมด้วย ภาวะผู้สูงอายุจึงเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพ การเปลี่ยนแปลงหรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนี้ภาวะผู้สูงอายุยังเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเรียกกระบวนการดังกล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (2533) สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้น ซึ่งบางคนอาจจะดูยังไม่แก่ และยังสามารถปฏิบัติงานต่างๆ ได้ดีเช่นเดียวกับวัยกลางคน บางคนคงความเป็นผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่ได้จนกระทั่งอายุ 75 หรือ 80 ปี หลังจากนั้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะค่อยๆ ลดลง จึงมีผู้นิยมแบ่งวัยสูงอายุออกเป็น 2 ช่วงวัย คือ 1. วัยสูงอายุระยะแรก (young old) คือผู้ที่มีอายุ 60-75 ปี (หรือ 80 ปี) เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมในกิจการต่างๆ ได้ 2. วัยสูงอายุระยะหลัง (old old) คือผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากจนขาดความคล่องแคล่วว่องไวในการเดิน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวันลดลง ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีโอกาสก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ควรได้รับการยกย่องว่า

เป็นผู้ที่มีชัยชนะในการประคับประคองสุขภาพของตนเองเข้าสู่เส้นชัย โดยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคแห่งการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และผู้ใหญ่ตอนกลางมาได้ และการเปลี่ยนแปลงนี้กำลังจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกันไป กล่าวคือการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1.ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตวิทยา 3. ด้านสังคมวิทยา

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายที่เสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการทำงาน กิจวัตรประจำวันลดลง เช่น อวัยวะรับรสและกลิ่น มีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง ตา มีความเปลี่ยนแปลงในการปรับสายตาต่อความมืดและความสว่างลดลง สายตาจะยาว นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะเป็นต้อกระจก หู มีความสามารถในการได้ยินลดลง เซลล์สมองจะตายไปและจำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ขนาดของสมองลดลง ปลายประสาทและใยประสาทลดลง ผลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมอง กล่าวคือ การรับความรู้สึกน้อยลงและช้า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม หลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องราวในอดีตได้กว่าปัจจุบัน หัวใจ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืดและมีไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หลอดเลือดหัวใจภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ลิ้นหัวใจ แข็งตีบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติด ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง ความดันโลหิต การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเหล่านี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการออกจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตหลังจากที่เคยทำมาในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ลง วงสังคมแคบลงทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ซึ่งอาจจะกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าในตัวเองลดลง และถ้าหากเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ก็จะทำให้เกิดความกระทบกระเทือนจิตใจมากขึ้น และถ้าสุขภาพทางกายแย่ลง ขาดคนช่วยดูแลใกล้ชิดทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้มากขึ้น ความรู้สึกสูญเสียบทบาทในหน้าที่ที่เคยทำ มักเกิดในกลุ่มของคนทำงานมากกว่ากลุ่มที่ทำงานด้านช่างฝีมือ ส่วนด้านการปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัว การปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วย

ด้วยเหตุผลเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านระดับคุณภาพชีวิตตลอดปัญญาทางด้านภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องและภาวะซึมเศร้า

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่กล่าวถึงอย่างกว้างขว้างยังไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนโดยนักวิชาการสาขาต่างๆได้กล่าวถึง คุณภาพชีวิต คือ การมีชีวิตที่ดีและการกินดีอยู่ดีมีสุข และโดยส่วนมากความหมายจะมีความคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน ดังต่อไปนี้

การประเมินคุณภาพชีวิตแห่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตในลักษณะที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลตามบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่ตนตั้งใจไว้ (The World Health Organization Quality of Life Assessment: WHOQOL: 1995 *cited in* Butler and Ciarrochi, 2007: 607) คุณภาพชีวิตมีโครงสร้างหลากหลายมิติโดยจะมีความเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม สิ่งที่รับรู้ทางด้านจิตใจซึ่งมีผลสุขภาพกายและใจที่ดี การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่จะนามาเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่แต่ละบุคคลได้รับ เช่น สภาพที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมในที่ทางาน สิ่งอำนวยความสะดวกให้กับชีวิต การจัดระบบและบริการทางสังคม ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับขอบเขตที่หลากหลายของชีวิตไม่ว่าจะเป็นทางกายภาพ ทางจิตใจสภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพส่วนบุคคล ในขณะที่ รัสคัส (1997) กล่าว่าตัวแปรที่จะสะท้อนถึงความเข้าใจในความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา ชีวิตในครอบครัว สถานที่อยู่อาศัยและงานที่ทามีหลักฐานจากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าตัวแปรด้านสุขภาพ ด้านการดำเนินชีวิต และด้านการมีงานทามีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการมีงานทำไม่ว่าจะเป็นแบบเต็มเวลาหรือบางเวลามีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ นอกจากนี้ตัวแปรเกี่ยวกับความซึมเศร้าได้ถูกค้นพบว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยจะเป็นตัวเพิ่มการมีสุขภาพไม่ดีและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ที่สำคัญความซึมเศร้าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและความซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้แก่ สุขภาพกาย การรับรู้และการจดจำ การสนับสนุนทางสังคมและสภาวะทางด้านจิตใจ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) ระบุไว้ว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึงลักษณะประจำของบุคคลหรือ สิ่งของ และชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิต หมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การยูเนสโก (1993) ได้ให้คำนิยามคำว่า คุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ และได้นิยามโครงการเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตว่า เป็นโครงการที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้เรียนและชุมชนได้รับความรู้ เจตคติค่านิยมและทักษะที่จำเป็นเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิต ทั้งในลักษณะปัจเจกบุคคลและในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน

เฟรเดอร์ (1976) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตว่าคือ ความสัมพันธ์ทุกด้านระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติที่บุคคลอาศัยอยู่ โดยแต่ละด้านจะมีลักษณะเฉพาในการสนองความต้องการของบุคคล ขณะที่องค์การยูเนสโก ได้นิยามว่าหมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม และระดับความพึงพอใจในความ

ต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์ จากคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตข้างต้นที่แตกต่างกันตามรายละเอียด ตามสาขาวิชาของนักวิชาการที่ได้ให้คำจัดกัดความ การนิยามคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างไปตาม สังคม หรือ บรรทัดฐานของสังคม อายุ รวมถึงประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจา เป็นต้องผสมผสานแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตให้ตรงกับกลุ่มประชากรและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย

ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

บีเดิ้ล-บราวน์และคณะ (2008) ได้นาเสนอการแบ่ง คุณภาพชีวิตควบคู่ไปกับการกำหนดตัวชี้วัด เป็น 8 ด้าน ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม (Social Inclusion)

การรวมกลุ่มทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มทางสังคม การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคม สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่มีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่มทางสังคม บทบาทในการดำเนินชีวิต (เช่น วิถีทางการดาเนินชีวิต พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนวิถีการดาเนินชีวิตเพื่อความเหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อวิถีการดำเนินชีวิต) การช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ (เช่น ความพึงพอใจในการบริการทางสังคม การยอบรับทางสังคม และสถานภาพทางสังคม)

2. คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ (Physical Well-being)

ด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะทางสุขภาพซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัย การมีสุขภาพดี การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ อาหารและโภชนาการ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Batista Vitorino and Martins da Silva ที่ค้นพบว่ากิจกรรมทางกายภาพและการเคลื่อนไหวอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอีกด้วย

3. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีมิตรภาพ เช่นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้บริบทสถานที่ทำงานหรือบริบทครอบครัว นอกจากนี้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังเกี่ยวข้องกับภาวะความโดดเดี่ยวเดียวดาย การสนับสนุนช่วยเหลือ จากเครือข่ายทางสังคม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความรัก

4. คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Material Well-being)

ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดีจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ อาชีพการงาน สภาพทางการเงิน การเป็นเจ้าของ (สังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์) ความปลอดภัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะที่อยู่อาศัยและการคมนาคมขนส่ง

5. คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being)

ด้านลักษณะทางอารมณ์จะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการงานอาชีพ ที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือสนับสนุน ความพึงพอใจในกลุ่มทางสังคมของตนเอง นอกจากนี้ด้านลักษณะทางอารมณ์ยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มโนภาพแห่งตน การไร้ความเครียดและความสุขในการดำเนินชีวิต

6. คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination)

ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองจะเกี่ยวข้องกับความมีอิสรภาพในการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง การกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อิทธิพลของที่อยู่อาศัยที่มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำพูดและการแก้ต่างเพื่อตนเอง

7. คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเอง (Personal Development)

ด้านการพัฒนาตนเองจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการศึกษาและทักษะในการปฏิบัติตน ความสามารถส่วนตัวการบรรลุสิ่งที่ปรารถนา ความก้าวหน้าและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ

8. คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights)

ด้านสิทธิเสรีภาพจะเกี่ยวข้องกับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิในความเป็นพลเมือง (เช่นการมีสิทธิเลือกตั้ง) ความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมืองและกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือรัฐบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ครอบครัวในสังคมสมัยใหม่ยังคงเป็นแหล่งที่เป็นหลักในการดูแลและสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุ มีงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหรือหลาน การเกื้อกูลซึ่งกันและกันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อการทาให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ลดการเจ็บไข้ได้ป่วย และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ทั้งนี้เพราะการออกกำลังกายจะทำให้ระบบหัวใจและระบบทางเดินหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เพิ่มความหนาแน่นของกระดูก ระบบการย่อยอาหารทำงานปกติ ลดความตึงเครียดและช่วยให้นอนหลับสบาย

2. อาหาร ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ผักและผลไม้ วิตามิน รวมถึงน้ำดื่ม ในปริมาณที่เหมาะสม

3. งดการสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะลดอัตราการเสี่ยงจากการเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ

4. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงด หรือจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะลดอัตราการเสี่ยงเป็นโรคตับแข็ง และโรคมะเร็ง

5. ลดความตึงเครียด การทำภาวะจิตใจไม่ให้เกิดความตึงเครียด หรือความวิตก กังวล จะช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่ดีด้านจิตใจ ไม่สะเทือนใจง่าย

6. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสร้างความสัมพันธ์อันดี จะช่วยลดความกดดัน ทำให้สมองทางานปกติ และป้องกันความตึงเครียด

7. การทำกิจกรรมที่ท้าทาย เช่น การเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการทำกิจกรรมที่ต้องใช้จิตใจจะ ช่วยยกระดับสุขภาพใจได้ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส

คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2550) กล่าวถึงมาตรฐาน ฯ ผู้สูงอายุ: ความหมายและข้อกำหนดว่ามาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ หมายถึง ข้อกำหนดที่ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการปกป้อง ดูแล และมีหลักประกันด้านสุขภาพ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความยุติธรรมทางสังคม ในการพัฒนาความสามารถ และทักษะด้านต่างๆ อย่างสูงสุดเพื่อให้ผู้สูงอายุ พึ่งพาตนเองได้ ดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในชีวิตครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือไม่ถูกแสวงหาผลประโยชน์ ข้อกำหนดในที่นี้ ได้แก่

1. ข้อกำหนดด้านความมั่นคงในชีวิต หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสวัสดิภาพด้าน สุขภาพการใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว การมีที่อยู่อาศัยมั่นคง และผู้สูงอายุมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
2. ข้อกำหนดด้านการศึกษา หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสวัสดิภาพด้านการศึกษา และการเรียนรู้ การเข้าถึงบริการข่าวสารที่เป็นประโยชน์ผ่านสื่อต่าง ๆ
3. ข้อกำหนดด้านเศรษฐกิจ หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสวัสดิภาพด้านการมีงานทำกับรายได้ และมีหลักประกันด้านการออมที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิต
4. ข้อกำหนดด้านสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมทาง สังคม การปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่ตนนับถือ การถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญา

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุ

Mild Cognitive Impairment (MCI) หรือ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระยะเริ่มแรก หมายถึง กลุ่มอาการที่พุทธิปัญญา (Cognition) เริ่มเสื่อม เกินกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับคนที่อายุ และระดับการศึกษานั้นๆ แต่อาการมักจะไม่เป็นอุปสรรคต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยในระยะแรกอาจไม่สังเกตว่าเกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตามภาวะนี้มักไม่ได้รับการวินิจฉัย จากการศึกษาในชุมชนจากต่างประเทศพบว่า 5-10% ของผู้ที่มีภาวะภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระยะเริ่มแรกจะมีอาการสมองเสื่อมภายในหนึ่งปี และผู้ที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระยะเริ่มแรกในช่วงระยะ 5 ปีขึ้นไป อาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ในประเทศไทย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ พบว่าร้อยละ 96 ของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย มาก่อน ดังนั้นการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญ เพื่อเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสม (Aminoff, 2013& สุจิตรา ปัญญา, 2559) ในขณะที่ภาวะ dementia หรือ สมองเสื่อม หมายถึงกลุ่มอาการต่างๆ ที่เกิดจากการทำงานของสมองที่เสื่อมลงในเรื่องของความจำ การใช้ความคิด และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพร่วมด้วย เช่น หงุดหงิดง่าย เฉื่อยชา หรือ เมินเฉย เป็นต้น การเสื่อมของสมอง จะเป็นไปอย่างต่อเนื่องเรื่อยๆ จนในที่สุดจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งในด้านอาชีพการงานและชีวิตส่วนตัว ด้วยเหตุที่ปัญหากลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของประชากรสูงอายุเนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแก่ทั้ง ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมอย่างมาก ทำให้เกิดความจำเป็นในการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อบรรเทาภาระดังกล่าว การที่จะจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารมี

ความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงความต้องการของประชากรเป้าหมายและขนาดของปัญหา (ประเสริฐ บุญเกิด, 2546)

สถาบันประสาทวิทยา ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะสมองเสื่อม คือ ภาวะที่การทำงานของสมองด้านสติปัญญาเสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงนี้มีค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในผู้สูงอายุ ทำให้การตัดสินใจผิดพลาดบ่อย ๆ โดยที่ผู้ป่วยเองไม่รู้ แต่ญาติและคนข้างเคียงสังเกตเห็นได้ การปฏิบัติงานในกิจวัตรประจำวันด้านอาชีพ ด้านสังคม เสียในระยะต้น การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัวเสียไปในระยะสุดท้าย เช่น การเดิน การยืน การนั่ง การทรงตัวเสียไปด้วย กลายเป็นผู้ที่ต้องนอนบนเตียงตลอด พูดไม่ได้ ฟังไม่รู้เรื่อง จำตัวเอง ภรรยา/สามี ลูกหลานและคนใกล้ชิดไม่ได้ (สมาคมผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2554)
สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association: APA) ได้กล่าวถึงภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นลักษณะอาการที่พบเนื่องจากการสูญเสียหน้าที่ด้านสติปัญญา (Cognitive) รวมทั้งมีความบกพร่องในเรื่องของความจำ ซึ่งสาเหตุเนื่องมาจากภาวะทางกายที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสรีรวิทยา ผลของสารต่างๆ หรือเนื่องจากหลายๆ สาเหตุร่วมกัน เช่น ผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโรคอัลไซเมอร์

ความหมายตามเกณฑ์การวินิจฉัย ของ DSM-IV หมายถึง การสูญเสียองค์ประกอบต่างๆที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวนองค์ประกอบสำคัญที่มีอยู่ผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยของภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นโรคทางสมองที่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทั่วโลกและมีผลกระทบต่อการทำงานของสมองระดับสูง (higher cortical function) ตลอดจนถึงอารมณ์ และสังคมกับผู้อื่น (Aminoff, 2013)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าข้อมูลสภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) ของประชากรสูงอายุไทยมีอยู่จำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยังไม่มีการศึกษาภาวะ Cognitive impairment ใน ประชากรสูงอายุชาวไทยภูเขา ข้อมูลดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างมากทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องระยะเริ่มแรก หรือ MCI เป็นภาวะที่หากมีอาการแย่ลงและมีระยะเวลาสะสมนานราว 5-10 ปี อาจนำไปสู่โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) ซึ่งเป็น กลุ่มอาการของสมองเสื่อม (Dementia) ที่พบได้มากที่สุด ด้วยภาวะของอาการพุทธิปัญญาบกพร่องระยะเริ่มแรก (MCI) จะปรากฏไม่ชัดเจน อาการเริ่มแรกคล้ายกับเป็นภาวะหลงลืมที่อาจเกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ โดยผู้ใกล้ชิดไม่ทันได้สังเกตถึงความผิดปกติ แต่หากปล่อยไว้โดยไม่ได้ตรวจสอบหรือคัดกรองอย่างชัดเจน เมื่อเวลาผ่านไปผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ทันต่อการวางแผนดูแลรักษาและเตรียมการณ์อย่างเหมาะสม (Guo et al,2013)

ทั้งนี้ ภาวะ MCI นั้น อาจมีปัจจัยที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า (Depression) เนื่องจาก ภาวะซึมเศร้า (Depression) คือ ภาวะความผิดปกติทางอารมณ์และจิตใจที่พบได้บ่อยและค่อนข้างมาก โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่มีลักษณะสำคัญ คือ หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ ทั้งการเรียนรู้สิ่งใหม่รวมทั้งสิ่งที่เคยทำในชีวิตประจาวัน มีอาการนอนไม่หลับหรือหลับมากจนเกินไป ไม่มีพลังหรือหมดความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ ขาดสมาธิ มีความรู้สึกไร้ค่า มองตนเอง ในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอๆ จนถึงอาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย โดยภาวะ MCI ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ หากตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วม

ด้วย โดยแพทย์จะรักษาภาวะซึมเศร้าก่อน จากนั้นจึงคัดกรองภาวะ MCI อีกครั้งหนึ่ง ภาวะ MCI ที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่สามารถรักษาให้หายได้นี้จึงมีชื่อเรียกว่า reversible cognitive impairment (Trongsakul, 2015) ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ภาวะซึมเศร้า และ สภาวะทางร่างกายที่ไม่สามารถทางานได้ตามปกตินั้นเป็นอุปสรรคปัญหาต่อการดูแลตนเองในระยะยาวของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากโรคเรื้อรังเช่น โรคความดันหรือ เบาหวาน เป็นโรคที่ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต อีกทั้งยังต้องมีความร่วมมือร่วมใจ (Adherence) ต่อการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าภาวะบกพร่องทางพุทธิปัญญาบกพร่องและภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สามารถพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (สมาคมผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2554)

ภาคเหนือของประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคาดว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.10 ในปี 2563 คาดว่าการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุของภาคเหนือเร็วกว่าระดับประเทศ 10 ปี โดยจะเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ในปี 2553 โดยเฉพาะจังหวัดเชียงราย เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือสุดของประเทศไทยซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุค่อนข้างสูง จากฐานข้อมูลประชากรจังหวัดเชียงราย คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดเชียงรายจะมีประชากรผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 23,0000 คน จากอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อม โรคปวดข้อ ปัญหาการว่างงาน และโดยเฉพาะ อย่างยิ่งโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีการฆ่าตัวตายสูงอยู่ในระดับต้นของประเทศ จากสถิติใน ปี พ.ศ. 2551 พบร้อยละ 11.17 จัดอยู่ในอันดับที่ 6 ของประเทศ ในปี พ.ศ. 2552 พบร้อยละ 16.10 จัดอยู่ในอันดับที่ 1 ของประเทศ และในปี พ.ศ. 2553 พบร้อยละ 15.63 จัดอยู่ในอันดับที่ 2 ของประเทศไทย

ระดับความรุนแรงของสภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรกอาจมีอาการไม่มากนัก โดยเฉพาะอาการหลงลืม และยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่จะทรุดหนักเมื่อเวลาผ่านไป อาการดำเนินแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยจะเริ่มมีปัญหาด้านพฤติกรรม และอาการทางระบบประสาทอื่นๆ ตามมา หากแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการ สามารถแบ่งได้ 3 ระดับ คือ

1. ระดับอ่อนหรือไม่รุนแรง (Mild) เป็นระดับที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหลงลืม โดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น เช่น ลืมว่าวางของไว้ไหน จำชื่อคนหรือสถานที่ที่คุ้นเคยไม่ได้ ส่วนความจำในอดีตยังดีอยู่ เริ่มมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคมอย่างเห็นได้ชัด แต่ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ และการตัดสินใจยังค่อนข้างดี

2. ระดับปานกลาง (Moderate) ในระยะนี้ความจำจะเริ่มเสื่อมมากขึ้น มีความบกพร่องในความเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เช่น ไม่สามารถคำนวณตัวเลขง่าย ๆ ได้ เปิดโทรทัศน์ไม่ได้ ทำอาหารที่เคยทำไม่ได้ ทั้งที่สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เคยทำได้มาก่อน ลืมแม้กระทั่งชื่อคนในครอบครัว ในช่วงท้ายของระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน ผู้ป่วยในระยะนี้เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การปล่อยให้อยู่คนเดียวอาจเป็นอันตรายจำ เป็นต้องอาศัยผู้ดูแล

3. ระดับรุนแรง (Severe) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย แม้แต่ การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องมีผู้เฝ้าดูแลตลอดเวลา แม้แต่ความจำก็ไม่สามารถจำสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นได้เลย จำญาติพี่น้องไม่ได้ หรือแม้แต่ตนเองก็จำไม่ได้ มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป เคลื่อนไหวช้า หรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้ แม้แต่สุขอนามัยของตนเองก็ดูแลไม่ได้ เช่น กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ อาจเกิดอาการแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ (สมาคมผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย, 2554)

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ได้นิยามความหมายของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่มีอารมณ์ซึ่งเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรงและระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานจนเกิดผลกระทบทางคำพูด ความคิด พฤติกรรมและร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันรวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม

เบ็ค (1967) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติ หมายถึง ภาวะแปรปรวนในด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และร่างกาย โดยจะมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง ตำหนิตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง แยกตัวจากสังคม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ มีความคิดอยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

คาร์เรน และคณะ (2006) ได้ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าไว้ 4 ความหมาย ดังนี้ 1) ความรู้สึกของมนุษย์ซึ่งเกิดจากการรบกวนสมดุลของชีวิตในภาวะปกติ การสูญเสียความขัดแย้งหรือการบาดเจ็บ 2) อาการเจ็บป่วยทางกาย หรือกอาการข้างเคียงจากการได้รับยา 3) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางคลินิก เป็นกลุ่มอาการทางชีววิทยา เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทซึ่งไม่ใช่ปฏิกิริยาในภาวะปกติ เกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลที่ชัดเจน มีอาการมากกว่าอารมณ์เศร้าเป็นครั้งคราว มีภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ศูนย์ความสุขในสมองทำหน้าที่ได้ไม่ดี และศูนย์การลงโทษในสมองทำงานมากเกินไป แม้กระทั้งสิ่งที่ดีก็ทำให้รู้สึกแย่ ทำให้เกิดการรับรู้ที่บิดเบือนทุกสิ่งเหมือนมีแต่ในทางลบ บางครั้งภาวะซึมเศร้าก็เกี่ยวข้องกับการยอมแพ้ง่ายๆ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกรับไม่ได้กับปัจจุบันและอนาคต บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจจะยอมแพ้ต่อชีวิตลดกิจกรรมลงเรื่อยๆ ไม่สนใจผู้คน ละทิ้งงานอดิเรก ละทิ้งหน้าที่ เนื่องจากไม่มีความรู้สึกดีและยินดีกับสิ่งใด 4) ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากภาวะวิกฤต

สมภพ เรืองตระกูล (2543) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกของความสามารถในการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลงการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความรู้สึก ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ทั้งนี้อาการดังกล่าวอาจเกิดขึ้นต่อเนื่องกันนานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง

ระดับและอาการของผู้มีภาวะซึมเศร้า

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความแปรปรวนด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งได้ 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกายและพฤติกรรม และได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกได้เป็น 4 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ เป็นภาวะความคิด ความรู้สึกของคนทั่วไป ที่มีอารมณ์ไม่รู้สึกเศร้า ไม่ได้มองโลกในแง่ร้าย หรือไม่ท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต ไม่รู้สึกล้มเหลวในชีวิต มีความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ไม่รู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าตนเองถูกลงโทษ ไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง ไม่ได้คิดว่าตนเองเลวกว่าคนอื่นๆ ไม่มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ไม่ได้ร้องไห้มากกว่าคนปกติ ไม่รู้สึกหงุดหงิดง่าย มีความสนใจในคนอื่น ตัดสินใจได้ดี ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่น่ามอง มีความสามารถทำงานได้ดี นอนหลับได้ดี ไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายกกว่าปกติ รับประทานอาหารได้ดี น้ำหนักตัวไม่ได้ลดลง ไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และไม่ได้เปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ด้านความคิด คิดว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่น คิดว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นความผิดตัวเอง รู้สึกเกิดกว่าเหตุ มองโลกในแง่ร่าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจภาพลักษณ์ของตัวเอง ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้ มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มีอารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ รู้สึกผิดหวังในตัวเอง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกกว่าปกติ หลีกเลี่ยงหรือผัดผ่อนการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นๆ พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย และด้านร่างกายและพฤติกรรม มีความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่าย

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ด้านความคิด มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตัวเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตนหรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่น การเลือกเสื้อผ้าใส่ วิตกกังวลว่าร่ายกายจะผิดปกติทั้งที่ยังไม่มีอาการใดเกิดขึ้น ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มักมีอาการรุนแรงที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า ดูถูกตัวเอง เบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ด้านแรงจูงใจ ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแต่ยังสามารถบังคับตัวเองหรือได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่นให้ทำได้ รู้สึกจำเป็นที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ต้องการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ หลีกเลี่ยงและแยกตัวออกจากสังคม มีความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตายและด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่อยากรับประทานอาหาร บางครั้งลืมรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนเพลียตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ด้านความคิด มีความคิดด้อยคุณค่า เช่น เป็นคนไร้ค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม เป็นคนไม่ดี สร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจอะไรไม่ได้ คิดว่าร่างกายผิดปกติ ด้านอารมณ์ มักมีอารมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ไม่สนใจตนเอง ด้านแรงจูงใจ หมดแรงจูงใจที่จะเกิดกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิดแม้จะได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่น ต้องการการดูแลจากผู้อื่นทุกอย่าง รู้สึก

ทุกข์ทรมารใจอย่างมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ และด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด ตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำกิจกรรมใดๆได้ (สมภพ เรืองตระกูล (2543)

2.5 กลุ่มชาติพันธุ์หรือชาวไทยภูเขาในประเทศไทย

"กลุ่มชาติพันธุ์" หมายถึง ชนกลุ่มน้อยซึ่งอาศัยอยู่ในแถบภูเขาทางตอนเหนือของประเทศไทย ชาวเขาแต่ละเผ่าต่างก็มีภาษา วัฒนธรรม การแต่งกายและลัทธิความเชื่อของตนเองต่างหากจากเผ่าอื่น ๆ ชาวเขาเหล่านี้อพยพยังประเทศไทย ธิเบต พม่า จีน และประเทศลาวในช่วง 150 กว่าปีที่ผ่านมา

คำว่า ชาวเขา หมายถึง ชนกลุ่มน้อยซึ่งอาศัยอยู่ในแถบภูเขาทางตอนเหนือของประเทศไทย ชาวเขาแต่ละเผ่าต่างก็มีภาษา วัฒนธรรม การแต่งกายและลัทธิความเชื่อของตนเองต่างหากจากเผ่าอื่นๆ ชาวเขาเหล่านี้อพยพยังประเทศไทย ชาวธิเบต พม่า จีน และประเทศลาวในช่วง 200 กว่าที่ผ่านมานี้ ประมาณว่า ในประเทศไทยมีชาวเขาอยู่ถึง 20 เผ่า ซึ่งมีประชากรทั้งหมดประมาณ 800,000 คนในจำนวนนี้ มี 6 เผ่าใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ เย้า กะเหรี่ยง อาข่า (อีก้อ) ละอู (มูเซอ) ม้ง (แม้ว) และลีซอ

ลักษณะการดำรงชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ภาษา การแต่งกายตลอดทั้งความเชื่อมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในชนเผ่าทั้งหกนี้ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง บนไหล่ในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่การที่มีการระบาดของโรคเอดส์ตลอด 2-3 ทศวรรษนี้ ภาษาที่ชาวเขาใช้สื่อสารกันในกลุ่ม ลาหู่ อาข่า และลีซอ คือภาษา Tibeto-Burman ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของกลุ่ม Sino-Tibetan Family และ อีกกลุ่มหนึ่งคือ เผ่าเย้า และม้ง เป็นกลุ่ม Sinitic Language ซึ่งมีรากมาจากภาษาจีน ส่วนชนเผ่ากะเหรี่ยง มีลักษณะภาษาที่ต่างจากกลุ่มอื่น

ปัจจุบันชาวเขาในประเทศไทยอาศัยอยู่ใน 20 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 3,746 หมู่บ้าน โดยอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,352 หมู่บ้าน จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 547 หมู่บ้าน จังหวัดเชียงราย จำนวน 493 หมู่บ้าน จังหวัดตาก จำนวน 455 หมู่บ้าน นอกนั้นกระจายอยู่ในหมู่บ้านแถบภาคเหนือและภาคกลางตอนเหนือของประเทศไทย จำนวนประชากร 800,000 คน

จังหวัดเชียงราย มีจำนวนประชาชนที่เป็นชนชาติพันธุ์ ในปี 2556 ในจังหวัดเชียงรายมีทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 226 หมู่บ้านหลักและ 268 กลุ่มบ้านย่อย โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและ อำเภอแม่จัน จำนวน 3,095 ครัวเรือน (Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2014)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ชุติเดช เจียนดอน และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 V2.0 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 478 คน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน– 31 กรกฎาคม 2553 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และพอใจ ด้านจิตใจร้อยละ 52.7 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบว่า ความพอใจในด้านการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปสูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 48.7 รองลงมาพอใจในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ร้อยละ 42.3 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุ พอใจมิติด้านสุขภาพจิตสูงสุดร้อยละ 45.6 รองลงมาคือ มิติด้านภาวะทางอารมณ์ร้อยละ 41.4 ผู้สูงอายุมีค่า เฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่ากับ 59.3 และมีค่าเฉลี่ย ด้านจิตใจเท่ากับ 60.2 ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ใน ระดับปานกลางร้อยละ 51.9 ต้องปรับปรุงร้อยละ 35.8 สัมพันธภาพใน ครอบครัวของผู้สูงอายุพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 ต้องปรับปรุงร้อยละ 31.4 และผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดการ สนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 96.0 ระดับปานกลางร้อยละ 3.8 อยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 0.2 ซึ่งสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับปานกลาง

อารดา ธีระเกียรติกำจร (2554) ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จาก ชิดกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 324 คน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้จาก การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม การวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ดัดแปลงจากคือการวัดในด้าน เศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านทัศนคติ ผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดีคือ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 4.32 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ย 3 อันดับแรกคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านสังคม ($\bar{X}$= 4.9, 4.7 และ 4.39 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตได้แก่ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ 0.05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบได้แก่ อายุและปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

(Apidechkul, 2011) ทำการศึกษาแบบ Cross-sectionalstudy ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (rural) และเขตรอบเมือง (suburban) ในภาคเหนือ ทำการประเมินจากแบบวัด (Thai-28 และ WHOQOL-BREF-THAI) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรอบเมือง จะมีคุณภาพชีวิตในด้านร่ายกาย สุขภาพจิต และสังคม มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง

Ayse Ozcan,2005 ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา ประเทศตุรกี จำนวน 116 คน จากเครื่องมือ Short Form-12 (SF-12) พบ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Mental Health component summary score) ร้อยละ 57.98 ด้านร่างกายในระดับการ

รับรู้ภาวะสุขภาพดี (Physical health component summary score) ร้อยละ 57.67 และคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Total-General Health Perception) ร้อยละ 58.64

Sun W, 2015 ทำการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ประเทศจีน จากเครื่องมือ SF-36 จำนวน 3,714 คน พบ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Mental Health component summary score) ร้อยละ 53.7 ด้านร่างกายในระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Physical health component summary score) ร้อยละ 58.9 และคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Total-General Health Perception) ร้อยละ 58.64

2.6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ปี 2008-2009 ตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai version) พบความชุกของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.3 พบในผู้หญิง ร้อยละ 15 ซึ่งสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 8.9 และความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอายุ 60-69 ปี พบความชุกร้อยละ 7.1 อายุ 70-79 ปี พบความชุกร้อยละ 14.7 และพบมากที่สุดช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.5 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล ร้อยละ 13.6 และ 9.7 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงที่สุด คือ ร้อยละ 26.7 รองลงมา คือผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 10.8 และพบความชุกต่ำที่สุดคือผู้สูงอายุที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 6.6 และเมื่อจำแนกความชุกตามภาค พบความชุกภาวะสมองเสื่อมในภาคใต้มากที่สุด คือ ร้อยละ 19.8 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ร้อยละ 12.5 ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกร้อยละ 11.2 (วิชัย เอกพลากร, 2551).

การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 1998 มาโนช ทับมณี และคณะศึกษาความชุกเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการใช้แบบทดสอบ TMSE พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 27.3 และพบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้น (71-80 ปี) มีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (60-70) คือร้อยละ 39.13 และ 23.38 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว คือ ร้อยละ 32.62 และ 10.29 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดีมีภาวะสมองเสื่อมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพออดๆ แอดๆ คือ ร้อยละ 22.69 และ 38.18 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่ให้คำแนะนำแก่คนอื่นเป็นประจำหรือให้คำแนะนำแก่คนอื่นเป็นครั้งคราวมีภาวะสมองเสื่อมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยให้คำแนะนำแก่คนอื่นเลย โดยพบความชุกร้อยละ 17.14, 24.69 และ 41.75 ตามลำดับ(มาโนช ทับมณี, 2541)

การศึกษาใน 3 จังหวัดภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2541 อรพินธุ์ โสวัณณะ และคณะ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในชนบท 3 จังหวัด ภาคเหนือ คือ ลำปาง เชียงราย และพิษณุโลก จำนวน 1,587 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 25.6 ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศหญิงเป็น 1.70 เท่าของเพศชาย ช่วงอายุ 80 ปี ขึ้นไป เสี่ยงเป็น 2.45 เท่าของช่วงอายุ 60-

69 ปี ช่วงอายุ 70-79 ปี เสี่ยงเป็น 1.40 เท่าของช่วงอายุ 60-69 ปี กลุ่มที่ไม่ได้เรียนเสี่ยงเป็น 3.10 เท่า ของกลุ่มที่เรียน กลุ่มที่อยู่เดี่ยว เสี่ยงเป็น 1.36 เท่าของกลุ่มที่อยู่เป็นคู่ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยและด้านการหย่อนสมรรถภาพหรือพิการ ได้แก่ กลุ่มที่มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา และกลุ่มที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับการได้ยินเสี่ยงเป็น 2.19 ,1.34 และ2.11 เท่า ของกลุ่มที่ไม่มีปัญหาและความบกพร่อง ดังกล่าวตามลำดับ(อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541)

ฐาปกรณ์ เรือนใจและคณะ ทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุไทย จังหวัดเชียงราย จากเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 ในผู้สูงอายุไทย จำนวน 400 คน และจากเครื่องมือ modified IQCODE ในผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบความชุกร้อยละ 20.3 และ 34.3 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ได้แก่ อายุ การออกกำลังกาย กิจกรรมการอ่านหนังสือ และกิจกรรมการคำนวณ (ฐาปกรณ์ เรือนใจ, 2557)

ขวัญเรือน ก่ำวิตู และคณะ ทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจังหวัดลำปาง จากเครื่องมือ จากเครื่องมือ modified IQCODE ในผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบความชุกร้อยละ 28 (ขวัญเรือน ก่ำวิตู, 2558) (Lim HJ et al, 2003) ศึกษาความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุเชื้อสายจีน ประเทศสิงค์โปร จำนวน 234 คน ประเมินจากเครื่องมือ IQCODE พบความชุกร้อยละ 13.2

Guo et al (2012) ทำการศึกษาแบบ Cross-sectional study design คัดกรองภาวะสมองเสื่อมแบบ Multiple screening test จากเครื่องมือ MMSE และ Hasegawa Dementia Scale (sensitivity 90%, specificity 82%) และทำการวินิจฉัยจากแพทย์ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและทหารผ่านศึกประเทศจีน จำนวน 264 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 36.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ อายุ เพศหญิง ระดับการศึกษา

Ogunniyi, et al (2011) ทำการศึกษาแบบ community-based prospective study ทำการติดตามผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปในประเทศไนจีเรียจำนวน 1753 คนไป 6 ปีพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูง BP> 149/90mmHg มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม (OR = 1.52; 95% CI 1.01-2.30) (Winter Holz, Nunes, Thume, Lange, & Facchini, 2013) ทำการศึกษาแบบ Cross-sectional study design คัดกรองภาวะ cognitive impairment จากเครื่องมือ MMSE ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประเทศบราซิล จำนวน 1,593 คน พบความชุกของภาวะcognitive impairment ร้อยละ 34 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ เพศหญิง อายุ ระดับการศึกษา เศรษฐสถาน(SES) ภาวะซึมเศร้าและข้อจำกัดของร่างกาย (functional limitation)

2.6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) การศึกษาภาคตัดขวางใน ช่วงเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ในประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกตัวแทนของประชากรทั้งหมด ใช้วิธี การสุ่มแบบแบ่งกลุ่มสองขั้นตอน (two-stage cluster sampling) ตามเขตการเลือกตั้ง ซึ่งได้ตัวแทนทั้งหมด 4 เขต จำนวน 426 คน ในการเข้าร่วมครั้งนี้ และเครื่องมือ

ที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้น แบบประเมินโรคซึมเศร้า Personal Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง โรคซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 นอกจากนี้ สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ (OR = 14.65, 95% CI = 3.14 – 68.27) การดื่มสุรา (OR = 10.81, 95% CI = 2.68-43.56) การสูญเสียคนใกล้ชิด(OR = 7.15, 95% CI = 2.53-20.21) นอนไม่หลับ (OR = 4.67, 95% CI = 1.64-13.32) การพอใจในสุขภาพระดับต่ำ(OR = 5.71, 95% CI = 1.31-24.86) และรายได้ไม่เพียงพอ (OR = 3.67, 95% CI = 1.22-11.07) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุตตมา สุวรรณมณี และ คณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา โดยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-94 ปี จำนวน 250 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 79.2 และสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 20.8 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพทางกาย โรคประจำตัวเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว และการเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มทางสังคม โดยผู้สูงอายุ อายุ 60-79 ปี มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดีเป็น 2.9 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายในระดับดีมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดี คิดเป็น 6.5 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายในระดับไม่ดี ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดี 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดีเป็น 4.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมของทางชมรมมีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตดี คิดเป็น 2.4 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมหรือไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของทางชมรม

นริสา วงศ์พนารักษ์ และ คณะ (2556) ศึกษาภาวะสุขภาพจิต ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 432 คน โดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล 2) แบบวัดภาวะสุขภาพจิต (ThaiGHQ-12) และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 3) แบบวัดความหวัง (The Herth Hope Index: HHI) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ 283 คน (ร้อยละ 65.5) ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ 149 คน (ร้อยละ 34.5) มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความหวังในระดับปานกลาง 31 คน (ร้อยละ 71.8) และมีความหวังในระดับสูง 118 คน (ร้อยละ 27.3) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยจำนวนมากที่สุด 169 คน (ร้อยละ 53.6) เรื่องครอบครัว ลูกหลาน 89 คน (ร้อยละ 28.0) และเรื่องการเงิน 57 คน (ร้อยละ 18.4) ตามลำดับ พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุคือ ไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจำนวนมากที่สุด 125 คน (ร้อยละ 39.7) ออกกำลังกาย 81 คน (ร้อยละ 25.7) และมีสัมพันธภาพร่วมกิจกรรมสังคม และกิจกรรมนันทนาการ 63 คน (ร้อยละ 20.0) ตามลำดับ

Senqupta, 2015 ศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุประเทศอินเดียในเขตชนบทและชุมชน จำนวน 3,038 คน จากเครื่องมือ the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.9

Kim MT, 2015 ศึกษาแบบ Cross-sectional study design ในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศเกาหลี จำนวน 1,118 คน ด้วยเครื่องมือ Patient Health Questionnaire (PHQ-9K) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30.3

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประเทศไทยนั้น ยังคงเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยในชนบทและชุมชนเมือง ทั้งนี้ จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงจำนวนผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาด้วยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขายังมิได้มีการศึกษา ดังนั้น การทราบถึงข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเหล่านี้ของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจะทำให้การพัฒนาทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยเฉพาะ ในจังหวัดเชียงราย ที่ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่มากที่สุด

2.7 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือในงานวิจัยในครั้งนี้

2.7.1 แบบประเมินสภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 (Short Form Health Survey (SF-12)) ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในสหรัฐอเมริกา (Ware, et al., 2009) เป็นแบบสอบถามที่ผู้สูงอายุตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม สามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อที่ 2,3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4,5) Body Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6,7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9,11) ในประเทศไทย วิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) ได้นำเครื่องมือ SF 12 ไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.77 ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้ตอบสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง คำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากที่สุด

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนน โดยใช้สูตร (100/ผลต่างของช่วงคะแนน)*(คะแนนดิบ-ค่าคะแนนต่ำสุด) คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Ware, et al.,2009) นอกจากนี้แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย Physical component Score [PCS] ได้แก่ ข้อที่ 1 2 3 4 5 และ 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวมด้านจิตใจ (Mental component Score [MCS] ได้แก่ ข้อที่ 6 7 9 10 11 12 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลโดยแปลงคะแนนให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

2.7.2 แบบประเมินสำหรับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

2.7.2.1แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental state Examination (MMSE)

แบบทดสอบสมองเบื้องต้นที่แปลมาจาก Mini Mental State Examination (MMSE) นั้นจะถูกแบ่งการประเมินเป็น 7 ส่วนที่สำคัญได้แก่ (การรับรู้สถานที่- orientation to place, การรับรู้เวลา-orientation to time,คำสำหรับตรวจสอบความจำ-registration, ความสนใจและการมีสมาธิ-attention and concentration, ความจำ-recall, ภาษา-language, และทักษะสัมพันธ์ทางสายตากับการมองรูปภาพ (Visual construction) โดยมีคะแนนรวมอยู่ที่ 30 คะแนน จุดตัดของคะแนนอยู่ที่ 24 ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ถือว่า มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง โดยค่าจุดตัดนี้เป็นค่าที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ทั้งนี้จากการศึกษาในหลายงานวิจัยพบว่า MMSE มีข้อจำกัดในเรื่องระดับการศึกษาและอายุที่มากขึ้นในผู้สูงอายุที่ถูกทดสอบจะส่งผลต่อค่าคะแนนที่คลาดเคลื่อน (Boonkerd, et al, 2003)

ในประเทศไทยมีการใช้แบบทดสอบ MMSE Thai 2002 อย่างแพร่หลายในทางคลินิก แต่ได้มีการปรับค่าคะแนนจุดตัดให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุไทย โดย จุดตัดที่ 14 สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (sensitivity = 0.35 and specificity = 0.81) จุดตัดที่ 17 สำหรับผู้ที่จบการศึกษาชั้นประถม (sensitivity = 0.57 and

specificity = 0.94) และ จุดตัดที่ 22 สำหรับผู้ที่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยม (sensitivity = 0.92 and specificity = 0.93) อย่างไรก็ตาม การใช้ MMSE Thai 2002 นั้นผู้ใช้ต้องได้รับการอบรมการใช้ที่ถูกต้องเหมาะสม จึงสามารถใช้แบบทดสอบในการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีค่าเฉลี่ยในการใช้แบบทดสอบอยู่ที่ 10 นาที (Boonkerd, et al, 2003)

ในปี 2007 อรวรรณ ศิลปะกิจ และคณะ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบคัดกรอง Clock Drawing Test (CDT) Mini Mental State Examination (MMSE) และ Information Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) ผลการศึกษาพบว่าแบบทดสอบ MMSE สามารถใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในทางเวชปฏิบัติได้ใกล้เคียงกับแบบทดสอบอื่น

ในปี 2008 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทำการศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแบบทดสอบสมอง 2 แบบ คือ TMSE และ MMSE-Thai 2002 มีค่าความสัมพันธ์ (Pearson correlation) เท่ากับ 0.904 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรวมแล้วแบบทดสอบทั้ง 2 แบบมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน มีความเหมาะสมในการใช้คัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ในทางเดียวกัน ระยะเวลาในการทำแบบทดสอบอยู่ในระยะเวลา 10-20 นาที ผลการสอบถามบุคลากรผู้ใช้แบบทดสอบพบว่าแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 มีความสะดวกในการใช้ร้อยละ 76.9 มีความเข้าใจในแบบทดสอบร้อยละ 84.6 และเครื่องมือเหมาะสมร้อยละ 80.8 ส่วนแบบทดสอบ TMSE พบว่าเครื่องมือสะดวกในการใช้ร้อยละ 32.5 มีความเข้าใจในแบบทดสอบร้อยละ 46.2 และเครื่องมือเหมาะสมร้อยละ 38.5 แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 มีความสะดวกในการใช้มากกว่า ผู้ทดสอบมีความเข้าใจสูงกว่า ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ในการวิจัยครั้งนี้

2.7.2.2 แบบทดสอบ Mini-Cog

เป็นแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องที่ใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีความสะดวกในการใช้ โดยค่าเฉลี่ยของการใช้แบบทดสอบอยู่ที่ 3 นาที อีกทั้งจากการศึกษาวิจัยพบว่าแบบทดสอบดังกล่าวมีค่าความเชื่อมั่น (r = 0.97) และความเที่ยงตรง (Sensitivity = 0.99, Specificity = 0.93) สูงจากการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ แบบทดสอบ Mini-Cog แบ่งเป็นสองส่วน โดยส่วนแรก คือ ส่วนความจำ ที่จะให้ผู้ถูกทดสอบจำคำ 3 คำที่แตกต่างกัน และส่วนที่สองจะเป็นคำสั่งให้ผู้ป่วยวาดรูปนาฬิกาให้เข็มนาฬิกาบอกเวลาที่ 11.10 น. ผลคะแนนแบบทดสอบที่ได้จะมาจากการรวมคะแนนจากความจำและจากการวาดรูปจากการศึกษาวิจัยแบบประเมิน Mini-Cog พบว่าจุดตัดของคะแนนต่ำสุดที่ 2 จากคะแนนเต็ม 5 จะให้ค่า Sensitivity = 0.79 และ Specificity = 0.89 ของแบบทดสอบที่ดีต่อการแยกภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) และภาวะความจำเสื่อม (Dementia) นอกจากแบบทดสอบ Mini-Cog จะสามารถใช้ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว รวมทั้งการให้คะแนนง่ายและไม่ซับซ้อนต่อการใช้ยังพบอีกว่าเมื่อให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่ไม่เคยใช้แบบทดสอบนี้มาก่อนให้คะแนนรูปนาฬิกาที่วาดก็จะพบว่าการให้คะแนนมีค่าความสอดคล้องกันในระดับสูง และนอกจากนี้พบว่าการใช้ Mini-Cog จะทำให้สามารถแยกผู้ป่วยที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในระดับต้น (Mild cognitive impairment) ได้ดี (Borson, et al, 2003)

ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาแบบทดสอบ Mini-Cog ฉบับภาษาไทย โดยทำการศึกษาร่วมกับแบบทดสอบ MMSE Thai 2002 โดย Trongsakul, et al. (2014) ได้ทำการพัฒนา Mini-Cog ฉบับภาษาไทยและศึกษา ค่าความเชื่อมั่น interrater reliability ของแบบทดสอบ Mini-Cog ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุไทยพบว่า ค่า Kappa statistics (K) =0.8, p-value<0.001, 95% CI=0.54, 1.06 และ มีค่า concurrent validity (Pearson correlation (rp) 0.44, P= 0.001) กับแบบทดสอบ MMSE Thai 2002 ในระดับดี นั่นคือ Mini-Cog และ MMSE Thai 2002 ให้ผลการทดสอบในทางเดียวกัน (Borson, et al., 2003)

2.7.2.3 แบบคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุฉบับดัดแปลง Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (modified IQCODE) เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูล IQCOCDE เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในประเทศออสเตรเลีย เพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยให้ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยเปรียบเทียบความจำ สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัตรกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมากับปัจจุบันของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล

ในปี 2007 สุคนธา สิริ ได้พัฒนาแบบคัดกรอง IQCODE ฉบับดัดแปลง เพื่อใช้ในการคัดกรองผู้มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย IQCODE ฉบับดัดแปลง มีจุดตัดคะแนนที่ใช้สำหรับการทำนายภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเท่ากับ 3.33 ค่าความไวร้อยละ 95 ค่าความจำเพาะ 89 ความน่าจะเป็นที่จะทำนายโรคได้ถูกต้อง ถ้าผลการทดสอบเป็นบวกเท่ากับร้อยละ 90 และถ้าผลการทดสอบเป็นลบเท่ากับร้อยละ 95 คะแนนของ IQCODE ฉบับดัดแปลง มีความสัมพันธ์กับอายุ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ และไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้พบว่า มีข้อคาถาม 8 ข้อ มีค่าความถูกต้องใกล้เคียงฉบับเต็ม แบบคัดกรอง IQCODE ฉบับดัดแปลง น่าจะเป็นแบบทดสอบหนึ่งที่มีความไวและความจำเพาะอยู่ในระดับน่าพอใจจะนำไปใช้ในการคัดกรองผู้มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย IQCODE ฉบับดัดแปลงจึงน่าจะมีประโยชน์สำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกชุมชนหรือโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบทดสอบ modified IQCODE ในการวิจัยครั้งนี้ (Siri, 2006)

สรุป เนื่องจากพบว่า เครื่องมือคัดกรอง MMSE Thai-version 2002 มีจุดแข็งคือ เป็นเครื่องมือที่มีความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของคุณลักษณะทางประชากรโดยเฉพาะในเรื่องของการศึกษาของผู้สูงอายุไทยที่ยังมีการศึกษาน้อย

สำหรับ Mini-Cog เป็นเครื่องมือที่มีจุดแข็งที่มีความสะดวก รวดเร็ว ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับการคัดกรองในชุมชน แต่อาจจะมีข้อจำกัดในส่วนของภาษาที่ส่งผลกระทบต่อการคัดกรองสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มชนชาติพันธุ์ในครั้งนี้

สำหรับเครื่องมือ modified IQCODE เป็นเครื่องมือที่มีจุดแข็งที่สามารถใช้คัดกรองในเรื่องกลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างกันด้านระดับการศึกษา และไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะทางประชากร อีกทั้งเป็นแบบวัดที่มีความสอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมทางสังคม จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับประเทศไทย แต่มีข้อจำกัดคือ มีความสัมพันธ์กับอายุของผู้สูงอายุ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือทั้งสามชนิดนี้ เพื่อเพิ่มความถูกต้อง แม่นยำในการคัดกรอง

2.7.3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยฉบับภาษาไทย the 15 items Geriatric Depression Scale (GDS-15)

GDS เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้เป็นที่แพร่หลายในการประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุ ต้นฉบับมี 30 ข้อ48 อย่างไรก็ตาม พบว่าฉบับสั้น49 เป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและใช้ง่ายกว่า ฉบับภาษาไทยที่ใช้ในการวิจัยนี้พัฒนาโดย ณหทัย และ ทินกร วงศ์ปการัน 50 ได้รับการอนุญาตจากเข้าของเครื่องมือให้พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยกระบวนการ translation and cultural adaptation ได้แก่ อันดับแรก ผู้วิจัยที่ได้รับอนุญาตและผู้วิจัยที่เชี่ยวชาญภาษาอังกฤษ 1-2 คนเป็นผู้แปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทยโดยปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมและภาษาไทย จากนั้นบุคคลภายนอกที่พูดได้สองภาษาซึ่งไม่เคยเห็นเครื่องมือต้นฉบับดังกล่าวมาก่อนจะแปลเครื่องมือฉบับภาษาไทยนั้นกลับไปยังภาษาต่างประเทศดั้งเดิม จากนั้นทั้งสองทีมจะประชุมเพื่อจะมีการเปรียบเทียบภาษา ตรวจสอบข้อความ เพื่อหาข้อสรุป ซึ่งหากพบว่ามีการใช้ภาษาที่ไม่ตรงกันหรือไม่เข้ากับวัฒนธรรมไทยจะมีการแก้ไขจนกว่าจะสรุปว่าใช้ได้แล้วส่งให้เจ้าของเครื่องมือตรวจสอบ สุดท้ายจะนำฉบับที่ปรับแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรขนาดเล็กเพื่อทดสอบความเข้าใจในการใช้ แล้วทดสอบเครื่องมือในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น TGDS-15 ฉบับนี้มีการทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 130 คนเพื่อหาความน่าเชื่อถือและความถูกต้องพบว่ามีความสอดคล้องที่ดี (Cronbach’s alpha 0.85) และพบว่ามี factor structure และ excellent model fit (CFI= 0.95) (Wongpakaran, et al., 2012)

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional study design)

พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือจังหวัดเชียงราย โดยจะดำเนินการสุ่มเก็บข้อมูลจากทุกหมู่บ้านที่มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่

กลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษาในครั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในวันที่เก็บข้อมูล และเป็นชาวไทยภูเขา ชนชาติพันธุ์อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า และลีซู

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{d^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

n = Sample size

N = Total number of population who live in the study areas

P = Proportion of events in the population (0.21)(กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

Q = Proportion of failures in the population (0.79) (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

Z = Standard normal deviation

d = Allowable error

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 547 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย 10% นั้น ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 601 คน (ชนเผ่าละ 100 คน)

แต่อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลในส่วนของกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนด้วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จะสุ่มเก็บกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน (ผู้ที่มีบัตรประชาชน 100 คนและไม่มีบัตรประชาชน 30 คน) ต่อชนเผ่า รวมทั้งหมด 6 ชนเผ่า ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 780 คน

การคัดเลือกประชากรศึกษา

ในกระบวนการเก็บข้อมูล นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มหมุ่บ้านจากฐานข้อมูลประชากรชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงรายโดยใช้คอมพิวเตอร์ จากทั้งหมด 647 หมู่บ้าน โดยมีอาข่า 243 หมู่บ้าน ลีซอ มี 35 หมู่บ้าน กะเหรี่ยง มี 36 หมู่บ้าน ม้ง มี 56 หมู่บ้าน เย้ามี 63 หมู่บ้าน ลาหู่มี 316 หมู่บ้าน

เมื่อได้ทำการสุ่มแล้วนักวิจัยจะดำเนินการสุ่มแบบง่าย โดยเขียนชื่อ หมู่บ้านลงไปแล้วจับสลาก ขึ้นมาและดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยวิธีสุ่มแบบง่ายเพื่อให้ได้ จำนวน 15 คน ต่อหมู่บ้าน (13 คนสำหรับผู้ที่มีบัตรประชาชน และ อีก 3 คน เป็นคนที่ไม่มีบัตรประชาชนคนไทย) ดังนั้น ดังนั้นต้องการ 10 หมู่บ้านในแต่ละชนเผ่า ทั้งหมด จึงเป็น 60 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1) แบบประเมินสภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 (Short Form Health Survey (SF-12)) ใช้สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามที่ผู้สูงอายุตอบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม สามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อที่ 2,3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4,5) Body Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6,7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9,11) ในประเทศไทย วิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ (2550) ได้นำเครื่องมือ SF 12 ไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.77 ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้ตอบสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง คำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากที่สุด

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนน โดยใช้สูตร (100/ผลต่างของช่วงคะแนน)* (คะแนนดิบ-ค่าคะแนนต่ำสุด) คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี (Ware et al.,2009) นอกจากนี้แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนรวมด้านร่างกาย Physical component Score [PCS] ได้แก่ ข้อที่ 1 2 3 4 5 และ 8 คะแนนอยู่ระหว่าง 6-26 คะแนน และคะแนนรวมด้านจิตใจ (Mental component Score [MCS] ได้แก่ ข้อที่ 6 7 9 10 11 12 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แปลผลโดยแปลงคะแนนให้มีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 2) แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย Mini-Mental State Examination Thai 2002 (MMSE-Thai 2002) ประกอบไปด้วยคำถาม 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 11 ส่วน ประกอบด้วย

1. Orientation for time (5 คะแนน)
2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)
3. Registration (3 คะแนน)
4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)
5. Recall (3 คะแนน)
6. Naming (2 คะแนน)
7. Repetition (1 คะแนน)
8. Verbal command (3 คะแนน)
9. Written command (1 คะแนน)
10. Writing (1 คะแนน)
11. Vasoconstriction (1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนนรวม 0-30 คะแนนโดยจุดตัดสำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะแตกต่างกันตามระดับการศึกษา ดังนี้

-ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่อออก-เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำ ข้อ 4, 9, 10) จุดตัด < 14 คะแนน เต็ม 23 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 35.4 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 81.1

-ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา จุดตัด < 17 คะแนนเต็ม 30 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 56.6 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 93.8

-ผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา จุดตัด <22 คะแนนเต็ม 30 มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.0 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6

ส่วนที่ 3) แบบทดสอบ Mini-Cog

ใช้สำหรับการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง โดยแบบทดสอบแบ่งเป็นสองส่วน โดยส่วนแรก คือ ส่วนความจำ ที่จะให้ผู้ถูกทดสอบจำคำ 3 คำที่แตกต่างกัน และส่วนที่สองจะเป็นคำสั่งให้ผู้ป่วยวาดรูปนาฬิกาให้เข็มนาฬิกาบอกเวลาที่ 11.10 น. ผลคะแนนแบบทดสอบที่ได้จะมาจากการรวมคะแนนจากความจำและจากการวาดรูปจากการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้ คะแนนการระลึกคำ 3 คำ รวมกับคะแนนรูปนาฬิกา คะแนน 0, 1, หรือ 2 อาจจะมีความบกพร่อง; 3, 4, หรือ 5 ไม่มีความบกพร่อง

ส่วนที่ 4) แบบคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุฉบับดัดแปลง Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (modified IQCODE)

เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยทำการเปรียบเทียบความจำ สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมากับปัจจุบันของผู้สูงอายุที่ดูแล ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดให้1 คะแนน คือ ดีขึ้นมากใน 10 ปีที่ผ่านมา= 1คะแนน ดีขึ้นเล็กน้อยใน 10 ปีที่ผ่านมา= 2 คะแนน ไม่เปลี่ยนแปลงใน 10 ปีที่ผ่านมา=3 คะแนน คือ แย่ลงเล็กน้อยใน 10 ปี ที่ผ่านมา=4 คะแนน แย่ลงมากใน 10 ปีที่ผ่านมา=5 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยจำนวนข้อที่ตอบโดยมีจุดตัดคะแนนที่ใช้สำหรับการทำนายภาวะสมองเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 3.42 ค่าความไวร้อยละ 95 ค่าความจำเพาะร้อยละ 89

ส่วนที่ 5) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (GDS-15)

เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยข้อคำถามแบบ Likert scale จำนวน 15 ข้อ โดยการคิดคะแนน โดยให้คะแนน 1 คะแนนในข้อต่อไปนี้

ตอบ ใช่ 2-4, 6, 8-10,12, 14-15

ตอบ ไม่ใช่ 1, 5, 7, 11, 13

เมื่อรวมคะแนนทั้งหมดแล้ว 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก และถ้ามีคะแนนตั้งแต่11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร งานวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทิศทางที่ชัดเจนขึ้น
2. ประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อทราบความก้าวหน้าทุก 2 สัปดาห์
3. สุ่มพื้นที่ทำการวิจัยและติดต่อพื้นที่ทำวิจัย
4. คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยและอบรม โดยพยายามคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สามารถใช้ภาษาชนเผ่า
5. ประชุมวางกรอบงานวิจัยร่วมกับที่ปรึกษาแผนงานวิจัย ปละจะมีการประชุมร่วมกับที่ปรึกษาทุก 1-2 เดือน
6. พัฒนาแบบสอบถาม แบบประเมิน ต่าง ๆที่ใช้ในการวิจัย

6.1 มีการดำเนินการทำสนทนากลุ่ม จำนวน 12 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 2 ครั้งในแต่ละชนเผ่า(ชายและหญิง ชาย 1 ครั้ง หญิง 1 ครั้ง)

6.2 มีการประชุมกลุ่มนักวิจัยเพื่อสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากการทำสนทนากลุ่ม

6.3 เรียบเรียงข้อมูลเนื้อหาจากการสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรมพัฒนาเป็นแบบสอบถาม

6.4 พัฒนาแบบสอบถามตามลักษณะคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์ของแต่ละโครงการวิจัย

6.5 มีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือจากกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ครั้ง ในอำเภอแม่จันและแม่ฟ้าหลวงเพื่อทดสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม

6.6 หลังจากนั้นได้ทำการประเมินคุณภาพด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (IOC Technique)

6.7 ทดสอบความเที่ยงในส่วนแบบสอบถามที่เป็นแบบสอบถามทั้ง 2 ชิ้น คือ Short Form Health Survey (SF-12), และ GDS-15 ในกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 20 คน จำนวนอำเภอแม่ฟ้าหลวง

7. ทดสอบแบบคุณภาพแบบสอบถามและแบบประเมิน

8. คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยและอบรม โดยพยายามคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สามารถใช้ภาษาชนเผ่า

9. คัดเลือกและประชุมชี้แจงโครงการให้พื้นที่วิจัยรับทราบโดยเฉพาะผู้นำชุมชน

10. เก็บข้อมูล

11. วิเคราะห์ข้อมูล

12. สรุปงานวิจัยและเขียนรายงานการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2558 เลขที่ REH-58088

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. Descriptive Statistics เช่น Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation ซึ่งจะใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มศึกษาต่าง ๆ

2. Inferential Statistics โดยใช้ Chi-square test และLogistic Regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องและภาวะซึมเศร้า ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลโดยใช้ ANOVA

บทที่ 4
ผลการศึกษา

คุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาถึงระดับคุณภาพชีวิตของชีวิตของผู้สูงอายุไทยทั้งหมด 347 คน พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (51.3± 17.29) ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (40.89± 16.48) จัดได้ว่าอยู่ในระดับต่ำ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบอยู่ในระดับสูง (54.21± 14.94) (ตารางที่ 1)

จากตารางที่ 2 พบว่าในระหว่างกลุ่มชนชาติพันธุ์ มีค่าคะแนนค่าเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตรายด้านได้แก่ การทำงานทางด้านกายภาพ การเจ็บปวดตามร่างกาย สุขภาพทั่วไป หน้าที่ทางสังคม และบทบาททางอารมณ์ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ พบสัดส่วนระหว่างเพศชายและหญิงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 4 พบสัดส่วนระดับคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายในระดับต่ำ ในระหว่างเพศชายและหญิง ชาติพันธ์ และการพักอยู่อาศัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบสัดส่วนระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจระดับต่ำในระหว่างเพศชายและหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

คุณภาพชีวิตโดยรวม

เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรทีละตัว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ได้แก่ เพศ การสูบบุหรี่ การสูบฝิ่น ปัญหาการนอนหลับ โรคหัวใจ ปัญหาเรื่องตา ปัญหาเรื่องฟัน โรคเก๊า โรคเหน็บชา ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ดังตารางที่ 6

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ 1.79 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (OR_{adj}=1.79, 95% CI=1.01-3.12) และผู้ที่เลิกสูบฝิ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ 0.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบฝิ่น (OR_{adj}=0.17-0.92) ดังตารางที่ 7

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรทีละตัว พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับต่ำ ได้แก่ เพศ ชาติพันธุ์ การพักอยู่อาศัย การสูบบุหรี่ การสูบฝิ่น การออกกำลังกาย ปัญหาเรื่องฟัน โรคเหน็บชา ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 8

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุชาติพันธุ์ม้งและเย้ามีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับต่ำ 3.69 เท่า และ 4.12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธ์อาข่า (OR_{adj}=3.69, 95% CI=1.20-11.34) (OR_{adj}=4.12, 95% CI=1.48-11.52) การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับต่ำ 3.12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (OR_{adj}=3.12, 95% CI=1.44-6.76) และผู้สูงอายุที่สูบฝิ่นและเคยสูบฝิ่นสามารถป้องกันคุณภาพชีวิตด้าน

ร่างกาย 0.18 เท่า และ 0.32 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบฝิ่น ผู้ที่เคยสูบฝิ่นแต่เลิกสูบแล้ว(OR_{adj}=0.18, 95% CI=0.03-0.95) และ (OR_{adj}=0.32, 95% CI=0.13-0.81) ดังตารางที่ 9

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต

เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรทีละตัว พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ ได้แก่ เพศ ชาติพันธุ์ การสูบบุหรี่ โรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 10

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า เพศชาย มีโอกาสเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ1.72 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (OR_{adj}=1.72, 95% CI=1.02-2.89) และชาติพันธ์ม้งมีโอกาสเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตระดับต่ำ 0.34 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธ์อาข่า (OR_{adj}=0.34, 95% CI=0.13-0.90). ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งหมด (n=347)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	51.13	17.29	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	40.89	16.48	ระดับต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	54.21	14.94	ระดับสูง
เฉพาะด้าน			
การทำงานทางด้านกายภาพ	80.76	26.93	ระดับสูง
ความสามารถทางกายภาพ	34.15	37.93	ระดับต่ำ
การเจ็บปวดตามร่างกาย	14.69	23.31	ระดับต่ำ
สุขภาพทั่วไป	49.92	27.31	ระดับต่ำ
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	24.21	29.63	ระดับต่ำ
หน้าที่ทางสังคม	84.65	25.15	ระดับสูง
บทบาททางอารมณ์	52.02	39.99	ระดับสูง
สุขภาพด้านจิตใจ	55.79	15.57	ระดับสูง

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

ตารางที่ 1.1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์อาข่า (n=30)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	52.63	20.22	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	50.30	22.23	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	49.80	12.81	ระดับต่ำ
เฉพาะด้าน			
การทำงานทางด้านกายภาพ	75.00	28.61	ระดับสูง
ความสามารถทางกายภาพ	46.66	43.42	ระดับต่ำ
การเจ็บปวดตามร่างกาย	30.00	28.92	ระดับต่ำ
สุขภาพทั่วไป	60.00	27.54	ระดับสูง
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	28.67	23.88	ระดับสูง
หน้าที่ทางสังคม	72.50	33.05	ระดับสูง
บทบาททางอารมณ์	43.33	40.97	ระดับต่ำ
สุขภาพด้านจิตใจ	52.67	12.58	ระดับสูง

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

ตารางที่ 1.2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์ลาหู่ (n=37)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	53.06	18.62	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	45.45	15.89	ระดับต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	53.42	14.43	ระดับสูง
เฉพาะด้าน			
การทำงานทางด้านกายภาพ	85.14	21.42	ระดับสูง
ความสามารถทางกายภาพ	29.73	39.89	ระดับต่ำ
การเจ็บปวดตามร่างกาย	16.22	21.42	ระดับต่ำ
สุขภาพทั่วไป	58.78	24.45	ระดับสูง
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	21.62	30.32	ระดับต่ำ
หน้าที่ทางสังคม	89.19	21.68	ระดับสูง
บทบาททางอารมณ์	47.30	33.22	ระดับต่ำ
สุขภาพด้านจิตใจ	54.87	16.60	ระดับสูง

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

ตารางที่ 1.3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์ม้ง (n=44)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	51.18	18.98	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	38.64	17.98	ระดับต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	55.62	17.87	ระดับต่ำ
เฉพาะด้าน			
การทำงานทางด้านกายภาพ	92.61	13.83	ระดับสูง
ความสามารถทางกายภาพ	23.86	31.42	ระดับต่ำ
การเจ็บปวดตามร่างกาย	11.36	22.53	ระดับต่ำ
สุขภาพทั่วไป	40.34	28.13	ระดับสูง
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	27.73	28.36	ระดับสูง
หน้าที่ทางสังคม	79.55	28.16	ระดับสูง
บทบาททางอารมณ์	68.18	34.25	ระดับต่ำ
สุขภาพด้านจิตใจ	55.23	20.40	ระดับสูง

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

ตารางที่ 1.4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์เย้า (n=76)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	52.22	15.68	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	39.23	11.61	ระดับต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	56.50	14.38	ระดับสูง
เฉพาะด้าน			
การทำงานทางด้านกายภาพ	81.58	27.80	ระดับสูง
ความสามารถทางกายภาพ	26.97	35.06	ระดับต่ำ
การเจ็บปวดตามร่างกาย	7.56	15.82	ระดับต่ำ
สุขภาพทั่วไป	55.26	23.56	ระดับสูง
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	22.11	27.05	ระดับต่ำ
หน้าที่ทางสังคม	92.43	17.33	ระดับสูง
บทบาททางอารมณ์	61.18	39.66	ระดับต่ำ
สุขภาพด้านจิตใจ	55.79	15.68	ระดับสูง

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

ตารางที่ 1.5 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์กระเหรี่ยง (n=109)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	48.33	16.50	ระดับต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	38.95	15.26	ระดับต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	52.35	14.05	ระดับสูง
เฉพาะด้าน			
การทำงานทางด้านกายภาพ	80.28	28.48	ระดับสูง
ความสามารถทางกายภาพ	35.78	36.06	ระดับต่ำ
การเจ็บปวดตามร่างกาย	12.85	23.23	ระดับต่ำ
สุขภาพทั่วไป	46.10	26.83	ระดับต่ำ
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	19.27	29.43	ระดับต่ำ
หน้าที่ทางสังคม	84.17	25.15	ระดับสูง
บทบาททางอารมณ์	49.54	40.54	ระดับต่ำ
สุขภาพด้านจิตใจ	55.78	13.00	ระดับสูง

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

ตารางที่ 1.6 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามชาติพันธ์ลีซู (n=51)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	53.25	17.03	ระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	40.64	18.48	ระดับต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	56.75	15.86	ระดับสูง
เฉพาะด้าน			
การทำงานทางด้านกายภาพ	70.59	29.45	ระดับสูง
ความสามารถทางกายภาพ	46.08	42.24	ระดับต่ำ
การเจ็บปวดตามร่างกาย	22.06	26.76	ระดับต่ำ
สุขภาพทั่วไป	46.08	30.56	ระดับต่ำ
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	34.12	35.16	ระดับต่ำ
หน้าที่ทางสังคม	82.35	26.12	ระดับสูง
บทบาททางอารมณ์	38.24	41.93	ระดับต่ำ
สุขภาพด้านจิตใจ	58.82	16.69	ระดับสูง

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

ตารางที่ 2 คะแนนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไทยภูเขาจำแนกตามชาติพันธุ์

คุณภาพชีวิต	ชาติพันธุ์							
	ทั้งหมด	**อาข่า**	**ลาหู่**	**ม้ง**	**เย้า**	**กระเหรี่ยง**	**ลีซอ**	**p-value[b]**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	51.13(17.29)	52.63(20.22)	53.06(18.62)	51.07(18.97)	52.22(15.68)	43.33(16.49)	53.25(17.03)	0.469
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	40.89(16.48)	50.30(22.23)	45.45(15.89)	38.64(17.98)	39.23(11.61)	38.95(14.05)	40.64(18.48)	0.070*
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	54.21(14.94)	49.80(12.81)	53.42(14.43)	55.62(17.87)	56.50(14.38)	52.35(14.05)	56.75(15.86)	0.152
เฉพาะด้าน								
การทำงานทางด้านกายภาพ	80.76(26.93)	75.00(28.62)	85.14(21.62)	92.61(13.93)	81.58(27.80)	80.28(28.48)	70.59(29.46)	0.002*
ความสามารถทางกายภาพ	34.15(37.93)	46.67(43.42)	29.73(39.89)	23.86(31.42)	26.97(35.06)	35.78(36.06)	46.08(42.24)	0.010
การเจ็บปวดตามร่างกาย	14.69(23.44)	30.00(28.92)	16.22(21.42)	11.36(22.53)	7.57(15.82)	12.84(23.23)	22.06(26.76)	<0.001*
สุขภาพทั่วไป	49.93(27.31)	60.00(27.54)	58.78(24.45)	40.34(28.36)	55.26(23.56)	46.10(26.83)	46.08(30.57)	0.001*
ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า	24.21(29.63)	28.67(23.89)	21.62(30.32)	27.73(28.16)	22.10(27.05)	19.27(29.43)	34.11(35.17)	0.056
หน้าที่ทางสังคม	84.65(25.15)	72.50(33.06)	89.19(21.68)	79.55(28.16)	92.43(17.33)	84.17(25.15)	82.35(26.12)	0.003*
บทบาททางอารมณ์	52.02(39.99)	43.33(40.97)	47.30(33.22)	68.18(34.25)	61.18(39.66)	49.54(40.54)	38.24(41.94)	0.001*
สุขภาพด้านจิตใจ	55.79(15.57)	52.67(12.58)	54.86(16.60)	55.23(20.40)	55.79(15.69)	55.78(13.00)	58.82(16.69)	0.652
จำนวนทั้งหมด	347	30	37	44	76	109	51	

หมายเหตุ ระดับต่ำ= 0-49 ระดับสูง =50 คะแนน ขึ้นไป

[b]p-value from ANOVA

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตโดยรวม		χ^2	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)		
ทั้งหมด	176(50.7)	171(49.3)		
เพศ			3.89	0.048*
ชาย	115(55.0)	94(45.0)		
หญิง	61(44.2)	77(55.8)		
อายุ (ปี)			2.10	0.349
60-69	109(50.5)	107(49.5)		
70-79	57(54.3)	48(45.7)		
80 ปี ขึ้นไป	10(38.5)	16(61.5)		
สัญชาติ			0.002	1.00
มีสัญชาติไทย	172(50.7)	167(49.3)		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	4(50.0)	4(50.0)		
ชาติพันธุ์			5.69	0.337
อาข่า	15(50.0)	15(50.0)		
ลาหู่	19(51.4)	18(48.6)		
ม้ง	20(45.5)	24(54.5)		
เย้า	34(44.7)	42(55.3)		
กระเหรี่ยง	65(59.6)	44(40.4)		
ลีซู	23(45.1)	28(54.9)		
การพักอยู่อาศัย			1.02	0.314
อยู่กับครอบครัว	162(50.0)	162(50.0)		
อยู่คนเดียว	14(60.9)	9(39.1)		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน			0.028	0.868
ไม่ได้ทำงาน	89(50.3)	88(49.7)		
ทำงาน	87(51.2)	83(48.8)		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		χ^2	P-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)		
ทั้งหมด	258(74.6)	88(25.4)		
เพศ			4.24	0.040*
ชาย	164(78.5)	45(21.5)		
หญิง	94(68.6)	43(31.4)		
อายุ (ปี)			0.98	0.610
60-69	164(76.3)	51(23.7)		
70-79	76(72.4)	29(27.6)		
80 ปี ขึ้นไป	18(69.2)	8(30.8)		
สัญชาติ			1.14	0.377
มีสัญชาติไทย	254(74.9)	85(25.1)		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	4(57.1)	3(42.9)		
ชาติพันธุ์			11.83	0.037*
อาข่า	15(51.7)	14(48.3)		
ลาหู่	27(73.0)	10(27.0)		
ม้ง	35(79.5)	9(20.5)		
เย้า	63(82.9)	13(17.1)		
กระเหรี่ยง	82(75.2)	27(24.8)		
ลีซู	36(70.6)	15(29.4)		
การพักอยู่อาศัย			4.23	0.040*
อยู่กับครอบครัว	245(75.9)	78(24.1)		
อยู่คนเดียว	13(56.5)	10(43.5)		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน			1.67	0.196
ไม่ได้ทำงาน	132(77.6)	38(22.4)		
ทำงาน	126(71.6)	50(28.4)		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)		
ทั้งหมด	156(45.0)	191(55.0)		
เพศ			4.90	0.027*
ชาย	104(49.8)	105(50.2)		
หญิง	52(37.7)	86(62.3)		
อายุ (ปี)			1.31	0.520
60-69	92(42.6)	124(57.4)		
70-79	51(48.6)	54(51.4)		
80 ปี ขึ้นไป	13(50.0)	13(50.0)		
สัญชาติ			0.08	0.772
มีสัญชาติไทย	152(44.8)	187(55.2)		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	4(50.0)	4(50.0)		
ชาติพันธุ์			6.34	0.274
อาข่า	18(60.0)	12(40.0)		
ลาหู่	18(48.6)	19(51.4)		
ม้ง	16(36.4)	28(63.6)		
เย้า	29(38.2)	47(61.8)		
กระเหรี่ยง	53(48.6)	56(51.4)		
ลีซู	22(43.1)	29(56.9)		
การพักอยู่อาศัย			2.52	0.112
อยู่กับครอบครัว	142(43.8)	182(56.2)		
อยู่คนเดียว	14(60.9)	9(39.1)		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน			0.008	0.927
ไม่ได้ทำงาน	80(45.2)	97(54.8)		
ทำงาน	76(44.7)	94(55.3)		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตโดยรวม		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ทั้งหมด	176(50.7)	171(49.3)			
เพศ					
ชาย	115(55.0)	94(45.0)	1.54	1.07-2.22	0.049*
หญิง	61(44.2)	77(55.8)	1		
อายุ (ปี)					
60-69	109(50.5)	107(49.5)	1		
70-79	57(54.3)	48(45.7)	1.17	0.79-1.73	0.520
80 ปี ขึ้นไป	10(38.5)	16(61.5)	0.61	0.31-1.24	0.251
สัญชาติ					
มีสัญชาติไทย	172(50.7)	167(49.3)	1		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	4(50.0)	4(50.0)	0.97	0.30-3.15	0.967
ชาติพันธุ์					
อาข่า	15(50.0)	15(50.0)	1		
ลาหู่	19(51.4)	18(48.6)	1.06	0.47-2.36	0.912
ม้ง	20(45.5)	24(54.5)	0.83	0.38-1.82	0.701
เย้า	34(44.7)	42(55.3)	0.81	0.40-1.65	0.625
กระเหรี่ยง	65(59.6)	44(40.4)	1.46	0.75-2.92	0.346
ลีซู	23(45.1)	28(54.9)	0.82	0.39-1.75	0.670
ศาสนา					
พุทธ	128(49.8)	129(50.2)	1		
คริสต์/อิสลาม/อื่นๆ	48(53.3)	42(46.7)	1.15	0.77-1.72	0.565
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	155(50.0)	155(50.0)	1		
ประถมศึกษาหรือสูงกว่า	21(56.8)	16(43.2)	1.31	0.74-2.34	0.438

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
การพักอยู่อาศัย					
อยู่กับครอบครัว	162(50.0)	162(50.0)	1		
อยู่คนเดียว	14(60.9)	9(39.1)	1.56	0.75-3.22	0.317
สถานภาพสมรส					
โสด	2(40.0)	3(60.0)	0.65	0.14-3.05	0.647
ม่าย/หย่าร้าง	133(51.0)	128(49.0)	1.01	0.67-1.54	0.957
สมรส	41(50.6)	40(49.4)	1		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					
ไม่ได้ทำงาน	87(51.4)	83(48.6)	0.97	0.68-1.37	0.868
ทำงาน	89(50.3)	88(49.7)	1		
การสูบบุหรี่					
สูบ	45(50.6)	44(49.4)	1.25	0.81-1.93	0.393
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	55(61.8)	34(38.2)	1.98	1.28-3.07	0.011*
ไม่สูบ	79(45.0)	93(55.0)	1		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	37(52.1)	34(47.9)	1.10	0.70-1.73	0.732
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	38(52.1)	35(47.9)	1.10	0.70-1.72	0.736
ไม่ดื่ม	101(49.8)	102(50.2)	1		
การสูบฝิ่น					
สูบ	2(28.6)	5(71.4)	0.36	0.09-1.45	0.227
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	10(35.7)	18(64.3)	0.50	0.26-0.98	0.009*
ไม่สูบ	164(52.6)	148(47.4)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
การออกกำลังกาย					
ไม่ออก	64(49.2)	66(50.8)	1		
ออก	20(44.4)	25(55.6)	0.83	0.47-1.46	0.580
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	92(53.5)	80(46.5)	1.19	0.81-1.74	0.464
ดัชนีมวลกาย					
ผอม (<18.5)	27(54.0)	23(46.0)	1.17	0.68-2.02	0.627
ปกติ (18.51-22.99)	71(50.0)	71(50.0)	1		
โรคอ้วน (≥23)	78(50.3)	77(49.7)	1.01	0.69-1.48	0.956
โรคเบาหวาน					
มี	21(46.7)	24(53.3)	0.83	0.49-1.41	0.560
ไม่มี	155(51.3)	147(48.7)	1		
โรคความดันโลหิตสูง					
มี	61(52.6)	55(47.4)	1.12	0.77-1.63	0.622
ไม่มี	115(49.8)	116(50.2)	1		
ปัญหาการนอนหลับ					
มี	20(35.1)	37(64.9)	0.46	0.28-0.76	0.011*
ไม่มี	156(53.8)	134(46.2)	1		
ประวัติการหกล้มใน6เดือน					
มี	7(46.7)	8(53.3)	0.52	0.21-1.29	0.238
ไม่มี	69(62.7)	41(37.3)	1		
(Missing=222,ร้อยละ 63.98)					
โรคหัวใจ					
มี	4(26.7)	11(73.3)	0.34	0.13-0.90	0.068*
ไม่มี	172(51.8)	160(48.2)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตโดยรวม		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ปัญหาเรื่องตา					
มี	34(41.0)	49(59.0)	0.60	0.40-0.91	0.043*
ไม่มี	142(53.8)	122(46.2)	1		
ปัญหาเรื่องหู					
มี	29(43.3)	38(56.7)	0.69	0.44-1.08	0.177
ไม่มี	147(52.5)	133(47.5)	1		
ปัญหาเรื่องฟันและช่องปาก					
มี	67(44.1)	85(55.9)	0.62	0.44-0.89	0.029*
ไม่มี	109(55.9)	86(44.1)	1		
ปัญหาด้านเหงือก					
มี	50(61.0)	32(39.0)	0.39	0.15-1.05	0.119
ไม่มี	16(80.0)	4(20.0)	1		
(Missing=245,ร้อยละ 70.61)					
การใส่ฟันปลอม					
มี	8(61.5)	5(38.5)	0.86	0.31-2.34	0.798
ไม่มี	58(65.2)	31(34.8)	1		
(Missing=245,ร้อยละ 70.61)					
โรคเก๊า					
มี	79(41.8)	110(58.2)	0.45	0.31-0.65	<0.001*
ไม่มี	97(61.4)	61(38.6)	1		
เหน็บชา					
มี	29(34.9)	54(65.1)	0.43	0.28-0.66	0.001*
ไม่มี	147(55.7)	117(44.3)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตโดยรวม		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ต้อกระจก					
มี	31(47.0)	35(53.0)	0.83	0.53-1.30	0.499
ไม่มี	145(51.6)	136(48.4)	1		
ภาวะซึมเศร้า					
มี	126(49.2)	130(50.8)	1.22	0.82-1.81	0.407
ไม่มี	43(58.9)	30(41.1)	1		
(Missing=18,ร้อยละ 5.19)					
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง					
มี	12(52.2)	11(47.8)	1.05	0.52-2.14	0.912
ไม่มี	157(51.0)	151(49.0)	1		
(Missing=16,ร้อยละ 4.61)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[a]					
มี	35(38.9)	55(61.1)	0.47	0.30-0.74	0.006*
ไม่มี	75(57.7)	55(42.3)	1		
(Missing=127,ร้อยละ 36.60)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[b]					
มี	53(58.2)	38(41.8)	0.56	0.35-0.88	0.035*
ไม่มี	56(43.8)	72(56.2)	1		
(Missing=128,ร้อยละ 36.89)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[c]					
มี	65(55.1)	53(44.9)	1.26	0.85-1.86	0.344
ไม่มี	84(49.4)	86(50.6)	1		
(Missing=59,ร้อยละ 17.00)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

[a] จากการคัดกรองโดย MMSE-Thai 2002

[b] จากการคัดกรองโดย Mini-cog

[C] จากการคัดกรองโดย Modified IQCODE

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Multiple logistic regression

คุณลักษณะ	Unadjusted OR (90% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
การสูบบุหรี่			
สูบ	1.25(0.81-1.93)	1.25(0.71-2.21)	0.431
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	1.98(1.28-3.07)	1.79(1.01-3.12)	0.048*
ไม่สูบ	1	1	
การสูบฝิ่น			
สูบ	0.36(0.09-1.45)	0.37(0.07-1.95)	0.238
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	0.50(0.26-0.98)	0.40(0.17-0.92)	0.032*
ไม่สูบ	1	1	

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ทั้งหมด	258(74.6)	88(25.4)			
เพศ					
ชาย	164(78.5)	45(21.5)	1.67	1.11-2.51	0.040*
หญิง	94(68.6)	43(31.4)	1		
อายุ (ปี)					
60-69	164(76.3)	51(23.7)	1		
70-79	76(72.4)	29(27.6)	0.82	0.52-1.27	0.450
80 ปี ขึ้นไป	18(69.2)	8(30.8)	0.70	0.33-1.45	0.432
สัญชาติ					
มีสัญชาติไทย	254(74.9)	85(25.1)	1		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	4(57.1)	3(42.9)	0.45	0.13-1.60	0.297
ชาติพันธุ์					
อาข่า	15(51.7)	14(48.3)	1		
ลาหู่	27(73.0)	10(27.0)	2.52	1.06-5.97	0.078*
ม้ง	35(79.5)	9(20.5)	3.63	1.53-8.64	0.014*
เย้า	63(82.9)	9(17.1)	4.52	2.05-9.97	0.002*
กระเหรี่ยง	82(75.2)	27(24.8)	2.94	1.40-5.78	0.016*
ลีซู	36(70.6)	15(29.4)	2.24	1.01-4.95	0.094*
ศาสนา					
พุทธ	195(75.9)	62(24.1)	1		
คริสต์/อิสลาม	63(70.8)	26(29.2)	0.77	0.49-1.21	0.343
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	228(73.8)	81(26.2)	1		
ประถมศึกษาหรือสูงกว่า	30(81.1)	7(18.9)	1.52	0.74-3.14	0.339

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
การพักอยู่อาศัย					
อยู่กับครอบครัว	245(75.9)	78(24.1)	1		
อยู่คนเดียว	13(56.5)	10(43.5)	0.41	0.20-0.85	0.045*
สถานภาพสมรส					
โสด	2(40.0)	3(60.0)	1		
สมรส	59(73.8)	21(26.2)	0.24	0.05-1.13	0.129
ม่าย/หย่าร้าง	197(75.5)	64(24.5)	1.10	0.68-1.77	0.755
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					
ไม่ได้ทำงาน	132(77.6)	38(22.4)	0.73	0.48-1.09	0.197
ทำงาน	126(71.6)	28.4)	1		
การสูบบุหรี่					
สูบ	75(84.3)	14(15.7)	2.54	1.46-4.40	0.005*
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	69(77.5)	20(22.5)	1.63	0.99-2.69	0.105
ไม่สูบ	114(67.9)	54(32.1)	1		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	53(74.6)	18(25.4)	1.05	0.62-1.76	0.884
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	56(76.7)	17(23.3)	1.17	0.70-1.98	0.620
ไม่ดื่ม	149(73.8)	53(26.2)	1		
การสูบฝิ่น					
สูบ	3(42.9)	4(57.1)	0.23	0.06-0.82	0.058*
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	17(60.7)	11(39.3)	0.47	0.24-0.93	0.068*
ไม่สูบ	238(76.5)	73(23.5)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ดัชนีมวลกาย					
ผอม (<18.5)	34(68.0)	16(32.0)	0.67	0.37-1.21	0.266
ปกติ (18.51-22.99)	108(76.1)	34(23.9)	1		
โรคอ้วน (≥23)	116(75.3)	38(24.7)	0.96	0.62-1.50	0.883
โรคเบาหวาน					
มี	29(64.4)	16(35.6)	0.57	0.33-0.99	0.098
ไม่มี	229(76.1)	72(23.9)	1		
โรคความดันโลหิตสูง					
มี	86(74.1)	30(25.9)	0.97	0.63-1.48	0.897
ไม่มี	172(74.8)	58(25.2)	1		
ปัญหาการนอนหลับ					
มี	38(66.7)	19(33.3)	0.63	0.38-1.05	0.136
ไม่มี	220(76.1)	69(23.9)	1		
ประวัติการหกล้มใน6เดือน					
มี	9(60.0)	6(40.0)	0.37	0.15-0.97	0.090
ไม่มี	88(80.0)	22(20.0)	1		
(Missing=221,ร้อยละ 63.87)					
ปัญหาเรื่องตา					
มี	61(73.5)	22(26.5)	0.93	0.58-1.49	0.797
ไม่มี	197(74.9)	66(25.1)	1		
ปัญหาเรื่องหู					
มี	50(75.8)	16(24.2)	0.108	0.64-1.83	0.805
ไม่มี	208(74.3)	72(25.7)	1		
ปัญหาเรื่องฟันและช่องปาก					
มี	103(67.8)	49(32.2)	0.53	0.35-0.80	0.011*
ไม่มี	155(79.9)	39(20.1)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ภาวะซึมเศร้า					
มี	188(73.4)	68(26.6)	1.22	0.76-1.93	0.486
ไม่มี	55(76.4)	17(23.6)	1		
(Missing=19, ร้อยละ 5.49)					
ภาวะซึมเศร้า					
มี	17(77.3)	5(22.7)	1.21	0.51-2.87	0.713
ไม่มี	227(73.7)	81(26.3)	1		
(Missing=6, ร้อยละ 1.73)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[a]					
มี	64(71.1)	26(28.9)	0.92	0.56-1.52	0.775
ไม่มี	94(72.9)	35(27.1)	1		
(Missing=126, ร้อยละ 36.42)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[b]					
มี	86(67.2)	42(32.8)	0.55	0.32-0.93	0.060*
ไม่มี	71(78.9)	19(21.1)	1		
(Missing=128, ร้อยละ 36.99)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[c]					
มี	88(74.6)	30(25.4)	1.10	0.70-1.71	0.735
ไม่มี	123(72.8)	46(27.2)	1		
(Missing=58, ร้อยละ 16.76)					
ต้อกระจก					
มี	50(75.8)	16(24.2)	1.08	0.64-1.83	0.805
ไม่มี	208(74.3)	72(25.7)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

[a] จากการคัดกรองโดย MMSE-Thai 2002

[b] จากการคัดกรองโดย Mini-cog

[C] จากการคัดกรองโดย Modified IQCODE

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Multiple logistic regression

คุณลักษณะ	Unadjusted OR (90% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ชาติพันธุ์			
อาข่า	1	1	
ลาหู่	2.52(1.06-5.97)	1.19(0.61-5.83)	0.271
ม้ง	3.63(1.53-8.64)	3.69(1.20-11.34)	0.023*
เย้า	4.52(2.05-9.97)	4.12(1.48-11.52)	0.007*
กระเหรี่ยง	2.94(1.40-5.78)	2.46(0.95-6.38)	0.064
ลีซู	2.24(1.01-4.95)	2.16(0.76-6.16)	0.150
การสูบบุหรี่			
สูบ	2.54(1.46-4.40)	3.12(1.44-6.76)	0.004*
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	1.63(0.99-2.69)	1.49(0.73-3.05)	0.273
ไม่สูบ	1	1	
การสูบฝิ่น			
สูบ	0.23(0.06-0.82)	0.18(0.03-0.95)	0.044*
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	0.47(0.24-0.93)	0.32(0.13-0.81)	0.016*
ไม่สูบ	1	1	

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ทั้งหมด	156(45.0)	191(55.0)			
เพศ					
ชาย	104(49.8)	105(50.2)	1		
หญิง	52(37.7)	86(62.3)	1.64	1.13-2.37	0.027*
อายุ (ปี)					
60-69	92(42.6)	124(57.4)	1		
70-79	51(48.6)	54(51.4)	1.27	0.86-1.89	0.321
80 ปี ขึ้นไป	13(50.0)	13(50.0)	1.35	0.68-2.67	0.473
สัญชาติ					
มีสัญชาติไทย	152(44.8)	187(55.2)	1		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	4(50.0)	4(50.0)	1.23	0.38-3.99	0.772
ชาติพันธุ์					
อาข่า	18(60.0)	12(40.0)	1		
ลาหู่	18(48.6)	19(51.4)	0.63	0.28-1.43	0.355
ม้ง	16(36.4)	28(63.6)	0.38	0.17-1.00	0.047*
เย้า	29(38.2)	47(61.8)	0.41	0.20-0.85	0.044*
กระเหรี่ยง	53(48.6)	56(51.4)	0.63	0.32-1.26	0.272
ลีซู	22(43.1)	29(56.9)	0.51	0.23-1.01	0.506
ศาสนา					
พุทธ	112(43.6)	145(56.4)	1		
คริสต์/อิสลาม	44(48.9)	46(51.1)	1.24	0.83-1.86	0.384
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	138(44.5)	172(55.5)	1		
ประถมศึกษาและสูงกว่า	18(48.6)	19(51.4)	1.18	0.67-2.09	0.633

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
การพักอยู่อาศัย					
อยู่กับครอบครัว	142(43.8)	182(56.2)	1		
อยู่คนเดียว	14(60.9)	9(39.1)	1.99	0.96-4.12	0.118
สถานภาพสมรส					
โสด	2(40.0)	3(60.0)	0.83	0.18-3.91	0.846
ม่าย/หย่าร้าง	36(44.4)	45(55.6)	1.03	0.68-1.57	0.904
สมรส	118(45.2)	143(54.8)	1		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					
ไม่ได้ทำงาน	80(45.2)	97(54.8)	0.98	0.69-1.40	0.927
ทำงาน	76(44.7)	94(55.3)	1		
การสูบบุหรี่					
สูบ	35(39.3)	54(60.7)	0.87	0.56-1.36	0.612
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	49(55.1)	40(44.9)	1.65	1.07-2.55	0.058*
ไม่สูบ	72(42.6)	97(57.4)	1		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	34(47.9)	37(52.1)	1.13	0.72-1.78	0.656
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	31(42.5)	42(57.5)	0.91	0.58-1.43	0.728
ไม่ดื่ม	91(44.8)	112(55.2)	1		
การสูบฝิ่น					
สูบ	3(42.9)	4(57.1)	0.89	0.25-3.32	0.876
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	10(35.7)	18(64.3)	0.66	0.33-1.29	0.305
ไม่สูบ	143(45.8)	169(54.2)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
การออกกำลังกาย					
ไม่ออก	55(42.3)	75(57.7)	1		
ออก	21(46.7)	24(53.3)	1.19	0.67-2.11	0.611
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	80(46.5)	92(53.5)	1.18	0.81-1.74	0.467
ดัชนีมวลกาย					
ผอม (<18.5)	24(48.0)	26(52.0)	1.06	0.62-1.83	0.853
ปกติ (18.51-22.99)	66(46.5)	76(53.5)	1		
โรคอ้วน (≥23)	66(42.6)	89(57.4)	0.85	0.58-1.26	0.500
โรคเบาหวาน					
มี	18(40.0)	27(60.0)	0.79	0.46-1.35	0.474
ไม่มี	138(45.7)	164(54.3)	1		
โรคความดันโลหิตสูง					
มี	54(46.6)	62(53.4)	1.10	0.76-1.60	0.672
ไม่มี	102(44.2)	129(55.8)	1		
ปัญหาการนอนหลับ					
มี	20(35.1)	37(64.9)	0.61	0.37-1.00	0.103
ไม่มี	136(46.9)	154(53.1)	1		
ประวัติการหกล้มใน6เดือน					
มี	9(60.0)	6(40.0)	1.39	0.56-3.51	0.553
ไม่มี	57(51.8)	53(48.2)	1		
(Missing=222, ร้อยละ 63.98)					
ปัญหาเรื่องตา					
มี	26(40.0)	39(60.0)	0.71	0.46-1.08	0.180
ไม่มี	130(46.1)	152(53.9)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ต้อกระจก					
มี	28(42.4)	38(57.6)	0.88	0.56-1.39	0.646
ไม่มี	128(45.6)	153(54.4)			
ปัญหาเรื่องหู					
มี	14(26.9)	38(73.1)	0.58	0.36-0.92	0.053
ไม่มี	142(48.1)	153(51.9)	1		
ปัญหาเรื่องฟันและช่องปาก					
มี	60(39.5)	92(60.5)	0.67	0.47-0.97	0.070*
ไม่มี	96(49.2)	99(50.8)	1		
ภาวะซึมเศร้า					
มี	42(57.5)	31(42.5)	1.15	0.75-1.78	0.591
ไม่มี	109(42.6)	147(57.4)	1		
(Missing=18, ร้อยละ 5.19)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[a]					
มี	34(37.8)	56(62.2)	0.71	0.45-1.12	0.218
ไม่มี	60(46.2)	70(53.8)	1		
(Missing=127, ร้อยละ 36.60)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[b]					
มี	53(41.4)	75(58.6)	1.16	0.74-1.83	0.591
ไม่มี	41(45.1)	50(54.9)	1		
(Missing=128, ร้อยละ 36.89)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

[a] จากการคัดกรองโดย MMSE-Thai 2002

[b] จากการคัดกรองโดย Mini-cog

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต		Crude OR	90% CI	p-value
	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)			
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง					
มี	56(47.5)	62(52.5)	0.96	0.65-1.43	0.869
ไม่มี	79(46.5)	91(53.5)	1		
(Missing=59, ร้อยละ 17.00)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

[C] จากการคัดกรองโดย Modified IQCODE

ตารางที่ 11 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Multiple logistic regression

คุณลักษณะ	Unadjusted OR (90% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
เพศ			
ชาย	1.64(1.13-2.37)	1.72(1.02-2.89)	0.041*
หญิง	1	1	
ชาติพันธุ์			
อาข่า	1	1	
ลาหู่	0.63(0.28-1.43)	0.53(0.19-1.43)	0.208
ม้ง	0.38(0.17-0.85)	0.34(0.13-0.90)	0.030*
เย้า	0.41(0.20-0.85)	0.42(0.17-1.00)	0.050*
กระเหรี่ยง	0.63(0.32-1.26)	0.56(0.24-1.31)	0.182
ลีซู	0.51(0.23-1.01)	0.46(0.18-1.17)	0.102

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

เมื่อทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยภูเขาด้วยเครื่องมือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2545 (MMSE Thai-2002) พบความชุกร้อยละ 50.2 ทดสอบด้วย MINI-COG ฉบับภาษาไทย พบความชุกร้อยละ 64.4 และทำการคัดกรองด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากผู้ดูแล Modified IQCODE พบความชุกร้อยละ 23.3 ดังตารางที่ 12

เมื่อทำการเปรียบเทียบสัดส่วนความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง จากการคัดกรองด้วยเครื่องมือ MMSE Thai-2002 และ ผู้ดูแล Modified IQCODE พบสัดส่วนความชุกที่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มชนชาติพันธุ์ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 12 ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยภูเขา

ผลการวิเคราะห์	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[a] (n=544)		
ไม่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง	271	49.8
มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง	273	50.2
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[b] (n=543)		
ไม่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง	193	35.6
มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง	350	64.4
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[c] (n=673)		
ไม่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง	516	76.7
มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง	157	23.3

[a] ผลการคัดกรองโดย MMSE-Thai 2002

[b] ผลการคัดกรองโดย Mini-cog

[C] ผลการคัดกรองโดย Modified IQCODE

ตารางที่ 13 ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impairment) จำแนกตามชาติพันธุ์

คุณลักษณะ	MMSE-Thai 2002		χ^2	p-value	Mini-cog		χ^2	p-value	Modified IQCODE		χ^2	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ			0.00	1.000			2.62	0.105			3.108	0.078
ชาย	136(50.2)	135(49.8)			165(61.1)	105(38.9)			87(26.3)	244(73.7)		
หญิง	137(50.2)	136(49.8)			185(67.8)	88(32.2)			70(20.5)	271(79.5)		
ชาติพันธ์			14.18	0.014*			5.33	0.377			20.51	0.001*
อาข่า	45(48.4)	48(51.6)			61(65.6)	32(34.4)			16(14.5)	94(85.5)		
ลาหู่	58(63.0)	34(37.0)			60(65.2)	32(34.8)			23(19.8)	93(80.2)		
ม้ง	45(47.4)	50(52.6)			64(67.4)	31(32.6)			20(17.4)	95(82.6)		
เย้า	44(53.0)	39(47.0)			59(71.1)	24(28.9)			33(31.4)	72(68.6)		
กระเหรี่ยง	33(36.3)	58(63.7)			50(55.6)	40(44.4)			40(35.1)	74(64.9)		
ลีซู	48(53.3)	42(46.7)			56(62.2)	34(37.8)			25(22.3)	87(77.7)		
อายุ(ปี)			0.62	0.734			0.79	0.673			1.99	0.368
60-69	146(51.8)	136(48.2)			181(64.2)	101(35.8)			86(24.9)	260(75.1)		
70-79	92(48.2)	99(51.8)			120(63.2)	70(36.8)			55(23.3)	181(76.7)		
≥80	35(49.3)	36(50.7)			49(69.0)	22(31.0)			16(17.8)	74(825.2)		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องโดยพิจารณาผลจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2545 (MMSE Thai-2002) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องโดยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร ได้แก่ ชาติพันธุ์ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ดังตารางที่ 14

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง 1.44 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพในปัจจุบัน (OR_{adj}=1.44, 95%CI=1.01-2.06) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดยพิจารณาจากผล MMSE-Thai 2002 โดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง		Crude OR	90% CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
ทั้งหมด	273(50.2)	271(49.8)			
เพศ					
ชาย	136(50.2)	135(49.8)	1.00	0.75-1.33	1.000
หญิง	137(50.2)	136(49.8)	1		
อายุ (ปี)					
60-69	146(51.8)	136(48.2)	1		
70-79	92(48.2)	99(51.8)	0.86	0.64-1.18	0.442
80 ปี ขึ้นไป	35(49.3)	36(50.7)	0.91	0.59-1.40	0.709
สัญชาติ					
มีสัญชาติไทย	255(49.9)	256(50.1)	1		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	18(54.5)	15(45.5)	1.21	0.67-2.18	0.606
ชาติพันธุ์					
อาข่า	45(48.4)	48(51.6)	1		
ลาหู่	58(63.0)	34(37.0)	1.82	1.11-2.98	0.046*
ม้ง	45(47.4)	50(52.6)	0.96	0.59-1.55	0.889
เย้า	44(53.0)	39(47.0)	1.20	0.73-1.98	0.540
กระเหรี่ยง	33(36.3)	58(63.7)	0.61	0.37-0.99	0.097*
ลีซู	48(53.3)	58(63.7)	1.22	0.75-1.98	0.504
ศาสนา					
พุทธ	184(49.2)	190(50.8)	1		
คริสต์/อิสลาม/	89(52.4)	81(47.6)	1.14	0.84-1.54	0.495
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	258(50.3)	255(49.7)	1		
ประถมศึกษาหรือสูงกว่า	15(48.4)	16(51.6)	0.93	0.50-1.70	0.837

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดยพิจารณาจากผล MMSE-Thai 2002 โดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง		Crude OR	90% CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
การพักอยู่อาศัย					
อยู่กับครอบครัว	259(51.0)	249(49.0)	1		
อยู่คนเดียว	14(38.9)	22(61.1)	0.61	0.34-1.01	0.164
สถานภาพสมรส					
โสด	4(40.0)	6(60.0)	1		
สมรส	80(46.0)	94(54.0)	0.78	0.26-2.33	0.713
ม่าย/หย่าร้าง	189(52.5)	171(47.5)	1.30	0.96-1.76	0.158
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					
ไม่ได้ทำงาน	110(55.0)	90(45.0)	1.36	1.01-1.82	0.087*
ทำงาน	163(47.4)	181(52.6)	1		
การสูบบุหรี่					
สูบ	51(51.0)	49(49.0)	1.04	0.71-1.51	0.881
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	53(49.5)	54(50.5)	0.98	0.68-1.41	0.912
ไม่สูบ	169(50.1)	168(49.9)	1		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	42(51.2)	40(48.8)	1.10	0.70-1.57	0.842
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	47(50.0)	47(50.0)	1.00	0.68-1.46	1.000
ไม่ดื่ม	184(50.0)	184(50.0)	1		
การสูบฝิ่น					
สูบ	3(27.3)	8(72.7)	0.36	0.12-1.10	0.132
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	15(42.9)	20(57.1)	0.72	0.40-1.28	0.342
ไม่สูบ	255(51.2)	243(48.8)	1		
โรคเบาหวาน					
มี	26(50.0)	26(50.0)	0.99	0.61-1.60	0.978
ไม่มี	247(50.2)	245(49.8)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดยพิจารณาจากผล MMSE-Thai 2002 โดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง		Crude OR	90%CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
ดัชนีมวลกาย					
ผอม (<18.5)	41(52.6)	37(47.4)	0.83	0.53-1.29	0.487
ปกติ (18.51-22.99)	115(53.0)	102(47.0)	1		
โรคอ้วน (≥23)	117(47.0)	132(53.0)	1.17	0.85-1.61	0.410
โรคเบาหวาน					
มี	37(48.7)	39(51.3)	0.92	0.61-1.38	0.736
ไม่มี	230(50.8)	223(49.2)	1		
โรคความดันโลหิตสูง					
มี	86(50.9)	83(49.1)	1.04	0.77-1.41	0.826
ไม่มี	187(49.9)	188(50.1)	1		
ปัญหาการนอนหลับ					
มี	42(52.5)	38(47.5)	1.12	0.75-1.67	0.654
ไม่มี	231(49.8)	233(50.2)	1		
ภาวะซึมเศร้า					
มี	206(48.9)	215(51.1)	1.38	1.01-1.90	0.096*
ไม่มี	61(56.0)	48(44.0)	1		
(Missing=9, ร้อยละ 1.65)					
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง					
มี	14(56.0)	11(44.0)	0.77	0.39-1.53	0.534
ไม่มี	253(49.6)	257(50.4)	1		
(Missing=9, ร้อยละ 1.65)					
การล้มภายใน 6 เดือน					
ใช่	15(57.7)	11(42.3)	1.16	0.59-2.30	0.715
ไม่ใช่	150(54.0)	128(46.0)	1		
(Missing=240, ร้อยละ 44.12)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา โดยพิจารณาจากผล MMSE-Thai 2002 โดย Multiple logistic regression

คุณลักษณะ	Unadjusted OR (90% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน			
ไม่ได้ทำงาน	1.36(1.01-1.82)	1.44(1.01-2.06)	0.049*
ทำงาน	1	1	

*****ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยภูเขา

เมื่อทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยภูเขา จำนวน 793 คน มีผู้สูงอายุไทยภูเขาที่สามารถคัดกรองด้วยแบบทดสอบแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (GDS-15) จำนวน 717 คน คิดเป็นจำนวน (ร้อยละ 90.42) ซึ่งมีผู้ที่ได้คะแนนจากแบบประเมิน พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 236 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 32.9 GDS-15 มากกว่า 6 คะแนน จำนวน 236 คน คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.9 โดยสามารถพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 5.7 ดังตารางที่ 16

เมื่อทำการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าทั้งหมดในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาพบว่าสัดส่วนไม่แตกต่างกันในระหว่างเพศ อายุ สัญชาติ ชาติพันธุ์ การพักอยู่อาศัย และการประกอบอาชีพในปัจจุบัน ดังตารางที่ 17 และเมื่อทำการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง พบสัดส่วนภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศและอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 18

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ากับผู้สูงอายุไทยภูเขา

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน Simple logistic regression ได้แก่ ชาติพันธุ์ การสูบบุหรี่ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 19

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยสูบมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 1.95 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (OR_{adj}=1.95, 95%CI=1.04-3.62) และผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตระดับต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 1.92 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตระดับสูง (OR_{adj}=1.92, 95%CI=1.13-3.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 20

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงกับผู้สูงอายุไทยภูเขา

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงใน Simple logistic regression ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบัน การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 21

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราtห์ถดถอยพหุโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 1.62 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบ (OR_{adj}=1.62, 95%CI=1.04-2.52) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 16 ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (GDS-15)

ผลการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-5 คะแนน)	481	67.1
มีภาวะซึมเศร้า (6-15 คะแนน)	236	32.9
-มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (11-15 คะแนน)	41	5.7

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้า		$\chi 2$	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)		
ทั้งหมด	236(32.9)	481(67.1)		
เพศ			0.20	0.654
ชาย	120(33.7)	236(66.3)		
หญิง	116(32.1)	245(67.9)		
อายุ (ปี)			2.21	0.331
60-69	127(34.3)	243(65.7)		
70-79	75(29.5)	179(70.5)		
80 ปี ขึ้นไป	34(36.6)	59(63.4)		
สัญชาติ			1.36	0.244
มีสัญชาติไทย	218(32.4)	455(67.6)		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	18(40.9)	26(59.1)		
ชาติพันธุ์			8.60	0.126
อาข่า	46(38.7)	73(61.3)		
ลาหู่	43(37.4)	72(62.6)		
ม้ง	29(23.2)	96(76.8)		
เย้า	37(31.9)	79(68.1)		
กระเหรี่ยง	39(31.7)	84(68.3)		
ลีซู	42(35.3)	77(64.7)		
การพักอยู่อาศัย			1.09	0.296
อยู่กับครอบครัว	218(32.4)	454(67.6)		
อยู่คนเดียว	18(40.0)	27(60.0)		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน			0.278	0.598
ไม่ได้ทำงาน	85(31.7)	183(68.3)		
ทำงาน	151(33.6)	298(66.4)		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง		χ^2	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)		
ทั้งหมด	41(5.7)	676(94.3)		
เพศ				
ชาย	27(7.6)	329(92.4)	4.57	0.033*
หญิง	14(3.9)	347(96.1)		
อายุ (ปี)				
60-69	32(8.6)	338(91.4)	14.00	0.001*
70-79	4(1.6)	250(98.4)		
80 ปี ขึ้นไป	5(5.4)	88(94.6)		
สัญชาติ				
มีสัญชาติไทย	38(5.6)	635(94.4)	0.105	0.733
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	3(6.8)	41(93.2)		
ชาติพันธุ์			5.19	0.393
อาข่า	9(7.6)	110(92.4)		
ลาหู่	9(7.8)	106(92.2)		
ม้ง	4(3.2)	121(96.8)		
เย้า	4(3.4)	112(96.6)		
กระเหรี่ยง	6(4.9)	117(95.1)		
ลีซู	9(7.6)	110(92.4)		
การพักอยู่อาศัย				
อยู่กับครอบครัว	38(5.7)	634(94.3)	0.08	0.733
อยู่คนเดียว	3(6.7)	42(93.3)		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน				
ไม่ได้ทำงาน	20(4.5)	429(95.5)	3.56	0.059
ทำงาน	21(7.8)	247(92.2)		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR	90% CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
ทั้งหมด	236(32.9)	481(67.1)			
เพศ					
ชาย	120(33.7)	236(66.3)	1.07	0.83-1.40	0.654
หญิง	116(32.1)	245(67.9)	1		
อายุ (ปี)					
60-69	127(34.3)	243(65.7)	1		
70-79	75(29.5)	179(70.5)	0.80	0.60-1.07	0.209
80 ปี ขึ้นไป	34(36.6)	59(63.4)	1.10	0.74-1.64	0.686
สัญชาติ					
มีสัญชาติไทย	218(32.4)	455(67.6)	1		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	18(40.9)	26(59.1)	1.45	0.86-2.44	0.246
ชาติพันธุ์					
อาข่า	46(38.7)	73(61.3)	1		
ลาหู่	43(37.4)	72(62.6)	0.95	0.61-1.48	0.842
ม้ง	29(23.2)	96(76.8)	0.48	0.30-0.76	0.009*
เย้า	37(31.9)	79(68.1)	0.74	0.47-1.17	0.279
กระเหรี่ยง	39(31.7)	84(68.3)	0.74	0.47-1.15	0.258
ลีซู	42(35.3)	77(64.7)	0.87	0.56-1.35	0.591
ศาสนา					
พุทธ	168(32.9)	342(67.1)	1		
คริสต์/อิสลาม	68(32.9)	139(67.1)	0.99	0.75-1.33	0.981
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	223(33.0)	452(67.0)	1		
ประถมศึกษาและสูงกว่า	13(31.0)	29(69.0)	0.91	0.52-1.60	0.780

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR	90% CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
การพักอยู่อาศัย					
อยู่กับครอบครัว	218(32.4)	454(67.6)	1		
อยู่คนเดียว	18(40.0)	27(60.0)	1.39	0.83-2.33	0.298
สถานภาพสมรส					
โสด	7(50.0)	7(50.0)	1.78	0.72-4.44	0.293
ม่าย/หย่าร้าง	149(31.0)	331(69.0)	0.81	0.61-1.07	0.204
สมรส	80(36.0)	143(64.0)	1		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					
ทำ	85(31.7)	183(68.3)	1		
ไม่ทำ	151(33.6)	298(66.4)	0.92	0.70-1.20	0.598
การสูบบุหรี่					
สูบ	50(34.7)	94(65.3)	1.22	0.88-1.71	0.321
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	53(39.6)	81(60.4)	1.51	1.10-2.11	0.046*
ไม่สูบ	133(30.3)	306(69.7)	1		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	38(35.8)	68(64.2)	1.10	0.76-1.60	0.659
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	35(27.8)	91(72.2)	0.76	0.53-1.10	0.214
ไม่ดื่ม	163(33.6)	322(66.4)	1		
การสูบฝิ่น					
สูบ	5(33.3)	10(66.7)	1.19	0.21-6.69	0.868
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	15(31.2)	33(68.8)	1.11	0.40-3.08	0.864
ไม่สูบ	216(33.0)	438(67.0)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR	90%CI	p-value
	ซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)			
การออกกำลังกาย					
ไม่ออก	129(33.7)	254(66.3)	1		
ออก	24(30.8)	54(69.2)	0.87	0.56-1.36	0.619
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	83(32.4)	173(67.6)	0.95	0.71-1.25	0.740
ดัชนีมวลกาย					
ผอม (<18.5)	32(30.8)	72(69.2)	0.88	0.58-1.31	0.588
ปกติ (18.51-22.99)	96(33.7)	189(66.3)	1		
โรคอ้วน (≥23)	108(32.9)	220(67.1)	0.97	0.73-1.28	0.843
โรคเบาหวาน					
มี	23(31.5)	50(68.5)	0.93	0.60-1.44	0.787
ไม่มี	213(33.1)	431(66.9)	1		
โรคความดันโลหิตสูง					
มี	72(32.0)	153(68.0)	0.94	0.71-1.25	0.724
ไม่มี	164(32.0)	328(68.0)	1		
ปัญหาการนอนหลับ					
มี	36(33.0)	73(67.0)	1.00	0.70-1.45	0.978
ไม่มี	200(32.9)	408(67.1)	1		
ปัญหาเรื่องตา					
มี	44(28.2)	112(71.8)	0.37	0.16-0.90	0.373
ไม่มี	192(34.2)	369(65.8)	1		
การใส่ฟันปลอม					
มี	21(30.9)	47(69.1)	0.83	0.51-1.34	0.524
ไม่มี	91(35.0)	169(65.0)	1		
(Missing=389, ร้อยละ 54.25)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR	90%CI	p-value
	ซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)			
โรคเก๊า					
มี	137(34.9)	256(65.1)	1.22	0.93-1.58	0.222
ไม่มี	99(30.6)	225(69.4)	1		
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[a]					
มี	83(31.1)	184(68.9)	1.38	1.01-1.90	0.096*
ไม่มี	66(24.6)	202(75.4)	1		
(Missing=182, ร้อยละ 25.35)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[b]					
มี	100(29.1)	244(70.9)	1.18	0.84-1.65	0.419
ไม่มี	49(25.8)	141(74.2)	1		
(Missing=183, ร้อยละ 25.52)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[c]					
มี	56(39.7)	85(60.3)	1.42	1.02-1.97	0.078*
ไม่มี	148(31.7)	319(68.3)	1		
(Missing=109, ร้อยละ 15.20)					
คุณภาพชีวิตโดยรวม					
ต่ำ	54(32.0)	115(68.0)	1.22	0.82-1.81	0.407
สูง	45(27.8)	117(72.2)	1		
(Missing=386, ร้อยละ 53.84)					
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย					
ต่ำ	75(30.7)	169(69.3)	1.22	0.77-1.93	0.486
สูง	23(26.7)	63(73.3)	1		
(Missing=387, ร้อยละ 53.97)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

[a] จากการคัดกรองโดย MMSE-Thai 2002

[b] จากการคัดกรองโดย Mini-cog

[C] จากการคัดกรองโดย Modified IQCODE

ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR	90%CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต					
ต่ำ	55(36.4)	96(63.6)	1.77	1.19-2.64	0.018*
สูง	44(24.4)	136(75.6)	1		
(Missing=386, ร้อยละ 53.84)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Multiple logistic regression

คุณลักษณะ	Unadjusted OR (90% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
การสูบบุหรี่			
สูบ	1.22(0.88-1.71)	0.94(0.49-1.81)	0.848
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	1.51(1.10-2.11)	1.95(1.04-3.62)	0.018*
ไม่สูบ	1	1	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต			
ต่ำ	1.77(1.19-2.64)	1.92(1.13-3.27)	0.016*
สูง	1	1	

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง		Crude OR	90% CI	p-value
	ซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	ไม่ซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)			
ทั้งหมด	41(5.7)	676(94.3)			
เพศ					
ชาย	27(7.6)	329(92.4)	2.03	1.17-3.55	0.036*
หญิง	14(3.9)	347(96.1)	1		
อายุ (ปี)					
60-69	32(8.6)	338(91.4)	1		
70-79	4(1.6)	250(98.4)	0.17	0.07-0.41	0.001*
80 ปี ขึ้นไป	5(5.4)	88(94.6)	0.60	0.27-1.36	0.303
สัญชาติ					
มีสัญชาติไทย	38(5.6)	635(94.4)	1		
ไม่มีสัญชาติไทย/อื่นๆ	3(6.8)	41(93.2)	1.22	0.44-3.40	0.746
ชาติพันธุ์					
อาข่า	9(7.6)	110(92.4)	1		
ลาหู่	9(7.8)	106(92.2)	1.04	0.46-2.33	0.940
ม้ง	4(3.2)	121(96.8)	0.40	0.15-1.11	0.141
เย้า	4(3.4)	112(96.6)	0.44	0.16-1.20	0.178
กระเหรี่ยง	6(4.9)	117(95.1)	0.63	0.26-1.53	0.390
ลีซู	7.6)	110(92.4)	1.00	0.45-2.24	1.000
ศาสนา					
พุทธ	29(5.7)	481(94.3)	1		
คริสต์/อิสลาม/อื่นๆ	12(5.8)	195(94.2)	1.02	0.57-1.83	0.954
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	35(5.2)	640(94.8)	1		
ประถมศึกษาและสูงกว่า	6(14.3)	36(85.7)	3.05	1.40-6.65	0.019*

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง		Crude OR	90% CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
การพักอยู่อาศัย					
อยู่กับครอบครัว	38(5.7)	634(94.3)	1		
อยู่คนเดียว	3(6.7)	42(93.3)	1.19	0.43-3.31	0.777
สถานภาพสมรส					
โสด	1(7.1)	13(92.9)	1.64	0.27-9.79	0.650
ม่าย/หย่าร้าง	10(4.5)	213(95.5)	1.42	0.77-2.63	0.349
สมรส	10(4.5)	213(95.5)	1		
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน					
ทำ	20(4.5)	429(95.5)	1		
ไม่ทำ	21(7.8)	247(268)	1.82	1.07-3.10	0.062*
การสูบบุหรี่					
สูบ	8(5.6)	136(94.4)	1.23	0.61-2.50	0.627
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	13(9.7)	121(90.3)	2.25	1.22-4.14	0.029*
ไม่สูบ	20(4.6)	419(95.4)	1		
การดื่มสุรา					
ดื่ม	9(8.5)	97(91.5)	1.95	0.99-3.84	0.104
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	10(7.9)	116(92.1)	1.81	0.95-3.48	0.132
ไม่ดื่ม	22(4.5)	463(95.5)	1		
การสูบฝิ่น					
สูบ	1(6.7)	14(93.3)	1.19	0.21-6.69	0.868
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	3(6.3)	45(93.8)	1.11	0.40-3.08	0.964
ไม่สูบ	37(5.7)	617(94.3)	1		

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง		Crude OR	90%CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
การออกกำลังกาย					
ไม่ออก	17(4.4)	74(94.9)	1		
ออก	4(5.1)	74(94.9)	1.16	0.46-2.97	0.790
ทำอาชีพเหมือนออกกำลังกาย	20(7.8)	236(92.2)	1.83	1.04-3.20	0.077*
ดัชนีมวลกาย					
≤18.5 (ผอม)	7(6.7)	97(93.3)	1.16	0.65-2.07	0.673
18.51-22.99 (ปกติ)	17(6.0)	268(94.0)	1		
≥23(โรคอ้วน)	17(5.2)	311(94.8)	1.32	0.62-2.83	0.549
โรคเบาหวาน					
มี	5(6.8)	68(93.2)	1.24	0.56-2.80	0.661
ไม่มี	36(5.6)	608(94.4)	1		
โรคความดันโลหิตสูง					
มี	12(5.3)	213(94.7)	0.90	0.50-1.61	0.76
ไม่มี	29(5.9)	463(94.1)	1		
ปัญหาการนอนหลับ					
มี	7(6.4)	102(93.6)	1.16	0.57-2.35	0.731
ไม่มี	34(5.6)	574(94.4)	1		
ปัญหาเรื่องตา					
มี	4(2.6)	152(97.4)	0.37	0.16-0.90	0.065*
ไม่มี	37(6.6)	524(93.4)	1		
ฟันปลอม					
มี	2(2.9)	66(97.1)	0.58	0.16-2.05	0.475
ไม่มี	13(5.0)	247(95.0)	1		
(Missing=389, ร้อยละ 54.25)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง		Crude OR	90%CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
โรคเก๊า					
มี	19(4.8)	374(95.2)	0.70	0.41-1.18	0.264
ไม่มี	22(6.8)	302(93.2)	1		
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[a]					
มี	14(5.2)	253(94.8)	1.29	0.66-2.55	0.534
ไม่มี	11(4.1)	257(95.9)	1		
(Missing=182, ร้อยละ 25.38)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[b]					
มี	17(4.9)	327(95.1)	1.18	0.58-2.43	0.702
ไม่มี	8(4.2)	182(95.8)	1		
(Missing=183, ร้อยละ 25.52)					
ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง[c]					
มี	9(6.4)	132(93.6)	1.11	0.58-2.14	0.791
ไม่มี	27(5.8)	440(94.2)	1		
(Missing=109, ร้อยละ 15.20)					
คุณภาพชีวิตโดยรวม					
ต่ำ	12(7.1)	157(92.9)	1.05	0.52-2.14	0.912
สูง	11(6.8)	151(93.2)	1		
(Missing=386, ร้อยละ 53.84)					
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย					
ต่ำ	17(7.0)	227(93.0)	1.21	0.51-2.88	0.713
สูง	5(5.8)	81(94.2)	1		
(Missing=387, ร้อยละ 53.97)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

[a] จากการคัดกรองโดย MMSE-Thai 2002

[b] จากการคัดกรองโดย Mini-cog

[c] จากการคัดกรองโดย Modified IQCODE

ตารางที่ 21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาโดย Simple logistic regression

คุณลักษณะ	ภาวะซึมเศร้ารุนแรง		Crude OR	90%CI	p-value
	มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ จำนวน(ร้อยละ)			
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต					
ต่ำ	9(6.0)	142(94.0)	0.75	0.36-1.56	0.518
สูง	14(7.8)	166(92.2)	1		
(Missing=386, ร้อยละ 53.84)					

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.10

ตารางที่ 22 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเมื่อวิเคราะห์โดย Multiple logistic regression

ปัจจัย	Unadjusted OR (90% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
การสูบบุหรี่			
สูบ	1.23(0.61-2.50)	1.29(0.94-1.98)	0.247
เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	2.25(1.22-4.14)	1.62(1.04-2.52)	0.035*
ไม่สูบ	1	1	

* ระดับนัยสำคัญของสถิติที่ค่า α= 0.05

บทที่ 5
อภิปรายและวิจารณ์ผล

การศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการศึกษาในครั้งนี้สามารถบอกไดเพียงตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ซึ่งไม่สามารถบอกความเป็นเหตุเป็นผล (Causal relationship) ได้

ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้การคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากเครื่องมือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แบบทดสอบ MINI-COG ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีข้อจำกัดด้านภาษาในการใช้เครื่องมือคัดกรองในประชากรกลุ่มเหล่านี้ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใดทำการวิจัยซึ่งมีเครื่องมือที่สามารถคัดกรองได้ในชุมชน นักวิจัยจึงได้ตัดสินใจใช้เครื่องมือเหล่านี้ ดังนั้นการศึกษาในครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาแบบคัดกรองให้เป็นภาษาในแต่ละชนเผ่า

1. คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

ระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม

จากผลการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 กลุ่มนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ (51.13+17.29) อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย อภิเดชกุลและคณะ ที่ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชานเมืองในจังหวัดเชียงราย ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Apidechkul, 2011) และการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์และคณะในผู้สูงอายุไทยตำบลบางกราง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี (วิไลพร ขำวงษ์, 2554) แต่พบระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าการศึกษาของ ธาริน สุขอนันต์ และคณะที่ทำการศึกษาในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยพบคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ธาริน สุขอนันต์, 2554)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (40.89$\pm$ 16.48) จัดได้ว่าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดสุโขทัยโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF- 36 V2 ต่ำกว่าการศึกษาของผู้สูงอายุไทยในชนบทของอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (59.3$\pm$23.86) สาเหตุอาจเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดต่ำลง แต่อายุที่เพิ่มขึ้นไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเหมือนกับการศึกษาของ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย สาเหตุอาจเนื่องมาจาก ลักษณะของผู้สูงอายุส่วนมากมักเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัวโดยมักจะยึดคำสอนทางศาสนาหลักที่ทำให้รู้สึกสบายใจ (ชุติเดช เจียนดอน, 2554)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ต่ำ นั้นจะพบในชาติพันธ์กลุ่มลาหู่ และม้ง สาเหตุอาจเนื่องมาจาก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีลักษณะการทำงานในวัยก่อน 60 ปี ที่ได้แก่ การทำไร่ ทำนา และบางส่วนยังทำงานเดิมหลังอายุ 60 ปี โดยอาชีพนี้จะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว

ร่างกายที่หนักเกินไปในบางครั้ง (ภรภัทร์ ดอกไม้, 2557) นอกจากนั้นแล้วอาจเนื่องมาจากการเข้าถึงบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งในบางพื้นที่บ้านเรือนที่พักอาศัยได้ตั้งอยู่ห่างไกลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและโรงพยาบาลต่างๆ อีกทั้งในผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้นั้นยังคงเป็นปัญหาสำหรับการติดต่อสื่อสารในการรับบริการอีกด้วย

ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา จังหวัดเชียงรายที่สูบบุหรี่ ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สาเหตุอาจเนื่องมาจากบุหรี่เป็นสารเสพติดที่เมื่อสูบไปแล้วก็จะเกิดผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายเสื่อมลง และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบอยู่ในระดับสูง (54.21$\pm$ 14.94) พบใกล้เคียงกับการศึกษาของภรภัทร์ ดอกไม้ และคณะ สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในใกล้ภูเขาและธรรมชาติ ตลอดจนส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้นับถือศาสนาคริสต์ จะไปโบสถ์ทุกวันอาทิตย์ ซึ่งทำให้มีผู้สูงอายุส่วนมากเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัว โดยมักจะยึดคำสอนทางศาสนาเป็นหลักที่ทำให้รู้สึกสบายใจ (ภรภัทร์ ดอกไม้, 2557)

2. ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

ความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

จากการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุโดยใช้ 3เครื่องมือ ประกอบด้วย MMSE-Thai 2002 และ Mini-cog ที่ใช้ประเมินกับตัวผู้สูงอายุ และ Modified IQCODE จากผู้ดูแล พบความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 50.2 64.4 และ 23.3 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกผลการศึกษาจากแบบคัดกรอง MMSE-Thai 2002 พบความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในครั้งนี้จะเท่ากับ ร้อยละ 36.5 ซึ่งมีค่าสูงกว่ารายงานความชุกในอดีต เช่น ปี 2551-2552 โดยใช้ MMSE-Thai 2002 คัดกรอง พบภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องของผู้สูงอายุทั้งประเทศ ร้อยละ 12.3 และในภาคเหนือ พบ ร้อยละ 12.3 (วิชัย เอกพลากร, 2551). น้อยกว่าการศึกษาของฐาปกรณ์ เรือนใจและคณะ ทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุไทย จังหวัดเชียงราย จากเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 ในผู้สูงอายุไทย จำนวน 400 คน และจากเครื่องมือ modified IQCODE ในผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบความชุกร้อยละ 20.3 และ 34.3 ตามลำดับ(ฐาปกรณ์ เรือนใจ, 2557)

สำหรับการศึกษาอื่นๆในประเทศไทย เช่น รายงานการศึกษาในจังหวัดนครสวรรค์และกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบคัดกรอง Thai Mental State Examination (TMSE) พบภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 24.3 และ 27.2 ตามลำดับ (มาโนช ทับมณี, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาการศึกษาใน 3 จังหวัดทางภาคเหนือ ได้แก่ เชียงราย พิษณุโลก และ นครสวรรค์ มีความชุกน้อยกว่าการศึกษาในครั้งนี้ คือ ร้อยละ 25.6 ซึ่งพบความชุกน้อยกว่าการศึกษาในครั้ง (อรพินธุ์ โสวัณณะ, 2541) น้อยกว่าความชุกในจังหวัดลำปาง โดยคัดกรองจากเครื่องมือ modified IQCODE ในผู้ดูแล จำนวน 400 คน พบความชุกร้อยละ 28 (ขวัญเรือน ก๋าวิตู, 2558)

เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาครั้งนี้กับประเทศอื่นในแถบเอเชีย พบภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องสูงกว่ามีค่ารายงานที่ศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราและทหารผ่านศึก ประเทศจีน ทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องแบบสองเครื่องมือ โดยใช้ Mini Mental Stage Examination และ Hasagawa Dementia Scale (HDS)(Sensitivity 90%, Specificity 82%) พบภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 36.7 การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น ทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ในชุมชน โดยทำการคัดกรองจากเครื่องมือ Mini Mental Stage Examination และทำการวินิจฉัยจากแพทย์และ Magnetic Resonance Imaging (MRI) ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องร้อยละ 8.5 (Guo, 2012)

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษากับประเทศในแถบทวีปยุโรป เช่น ประเทศตุกรีทำการศึกษาภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในประชากรวัยกลางคน ทำการคัดกรองโดยใช้ Mini-Mental State Examination (MMSE) และทำการวินิจฉัยจากแพทย์โดยอิงเกณฑ์วินิจฉัย 10th Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) พบภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องร้อยละ 8.4 (Arslantas, 2009) ประเทศบราซิลทำการศึกษาความชุกภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุในชุมชน Ribeirao และPreto ประเทศบราซิล ทำการคัดกรองโดยใช้ Mini-Mental State Examination (MMSE) และทำการวินิจฉัยจากแพทย์โดยอิงเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV criteria พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5.9 (Correa Ribeiro, 2013)

ดังจะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์ของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่แตกต่างกัน อาจมาจากโครงสร้างประชากร ระดับการศึกษา ลักษณะการประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน ทำให้สถานการณ์ของโรคที่แตกต่างกัน (Valcour, 2000) นอกจากสาเหตุที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างค่าความชุกในแต่ละการศึกษา อาจเนื่องมาจาก การเลือกใช้เครื่องมือและวิธีการคัดกรอง ดังนั้นเครื่องมือที่มีค่า sensitivity สูง ก็จะมีโอกาสเจอความชุกสูง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในชุมชน จึงต้องการ early detection (Valcour, 2000)

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ประเภทแรก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมซึ่งใช้ในคลินิก (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) or International Statistic Classification of Disease (ICD) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้ประเมินโดยค่าความไวของเครื่องมือจะน้อย ความจำเพาะจะสูง ประเภทที่สองคือ แบบคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมที่ใช้สำหรับคัดกรองโดยทั่วไปหรือในชุมชน เช่น MMSE Thai 2002 หรือ Modified IQCODE ซึ่งพบว่า แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมชนิดนี้จะมีค่าความไวที่สูง ทำให้พบผู้มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมากกว่าชนิดแรก อันเนื่องมาจาก ในเชิงสาธารณสุขแล้ว การที่คัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยง เปรียบเหมือนการเฝ้าระวังชนิดหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก เนื่องจากโรคนี้สามารถรักษาในระยะแรกและสามารถชะลอการเกิดโรคได้ แต่ข้อจำกัดคือ อาจทำให้ผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองเป็นบวก เกิดความตระหนกและทุกข์ร้อนใจ ดังนั้นผลการ

ประเมินภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากการคัดกรองจึงให้ค่าความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าแบบประเมินทางคลินิก (Valcour, 2000)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างมักมีผลกับความชุกของภาวะสมองเสื่อม กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในการศึกษาส่วนใหญ่ มักจะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-70 ปี เช่น รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี 2551-2 ทำการตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (วิชัย เอกพลากร, 2551) การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ทำการศึกษาความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในจังหวัดเชียงใหม่ในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปแต่การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มสัดส่วนตามผู้สูงอายุจริง ดังนั้นจึงสามารถอภิปรายได้ว่าสถานการณ์ความชุกน่าจะเป็นภาพ มีความใกล้เคียงกับจังหวัดเชียงราย (Wangtongkum, 2008)

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถเป็นตัวชี้วัด ได้ว่า สถานการณ์ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดเชียงรายอยู่ในอันดับสูง ดังนั้นการเฝ้าระวัง เช่น การคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนอาจเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการลดและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบพหุถดถอย ผู้สูงอายุไทยภูเขาที่ไม่ได้ทำงานในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประกอบอาชีพในปัจจุบัน การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุไทยภูเขาที่ไม่ได้ทำงานในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Keskinoglu, et al (2006) ในประเทศตุรกี พบว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andel, et al (2005) ที่พบว่าพบว่าลักษณะของงานที่ซับซ้อนเป็นปัจจัยที่ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาสอดคล้องกับกับการศึกษาของ (Scazufa, et al, 2008) ที่พบว่าผู้ที่ไม่มีทักษะด้านอาชีพพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากว่าผู้ที่มีทักษะ สาเหตุที่ผู้ที่ยังประกอบอาชีพในปัจจุบันสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อาจเนื่องมาจากผลของ biological mechanisms ของสมอง โดยเมื่อผู้สูงอายุเมื่อทำงานประกอบอาชีพของผู้สูงอายุที่ต้องมีการคิดวางแผนการทำงาน เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างต่อเนื่องในการจัดการทำงาน มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การพบปะผู้คน มีการทำงานที่ซับซ้อนกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน (Stern, 2017) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสายสุนีย์ และคณะทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภออรพินธ์ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การประกอบอาชีพในปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาชีพอื่นๆ เช่น รับจ้างทั่วไป ซึ่งก็เป็นการรับจ้างทั้งงานเกษตรและงานอื่นๆ ทำให้ลักษณะงานไม่แตกต่างกันมากนักในเรื่องของทักษะการประกอบอาชีพ

การศึกษาในครั้งนี้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Holwerda, et al (2009) โดยทำการวิเคราะห์จาก Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL) ประเทศเนเธอแลนด์ พบว่าผู้ที่อายุ 70-74 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้ที่อายุ 65-69 ปี โดยสอดกลับทฤษฎีของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมที่ได้กล่าวไว้ว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเป็นสองเท่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุกๆ 5 ปี หลังจากอายุ 65 ปี และจะพบผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งเป็นสมองเสื่อมเมื่ออายุหลังจากอายุ 80 ปี (Holwerda, et al, 2014) และจากการศึกษา ซึ่งอาจมาจากเหตุผลที่ว่าการที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น อาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมอง น้ำหนักสมองลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการจดจำลดลงเมื่ออายุมากขึ้น รวมทั้งน้ำหนักสมองลดลงมากในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม (Carlson, 2008) สาเหตุที่การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุไทยภูเขาที่อายุ 70 ปีขึ้นไป ส่วนมากไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จึงทำให้ถูกคัดออกจากการคัดกรอง ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์ในครั้งนี้

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทยภูเขาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Fischer, et al (2008) ที่ศึกษาในประเทศออสเตรีย สาเหตุอาจเนื่องมากจาก ระดับการศึกษาเป็นทักษะพื้นฐานของการเรียนรู้ ที่จะช่วยในการรับรู้มูลข่าวสาร ดังนั้น ผู้ที่มีระดับ

การศึกษาที่มากกว่าจึงมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่หลากหลาย ประเภทงานที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นการกระตุ้นสมองและระบบประสาท (Fischer, et al., 2008) มากกว่านั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสามารถดำรงไว้ซึ่งความสามารถทางสติปัญญา (Carlson, 2008) สาเหตุที่การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุไทยภูเขาส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของการเข้าถึงระบบการศึกษาในอดีตที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามจะมีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่ก็สามารถพูดและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้บ้าง

เพศ การศึกษาในครั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Guo, et al. ในประเทศจีน โดยพบความชุกของภาวะบพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบว่าส่วนใหญ่เกิดภาวะสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วินิจฉัยแยกโรค อาจเป็นไปได้ว่าภาวะสมองเสื่อมที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากอัลไซเมอร์ และอีกสาเหตุหนึ่งอาจมาจาก อายุคาดเฉลี่ยของเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย ดังนั้นอาจทำให้พบภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Guo M et al, 2012)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการขาดหรือเกินไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Anstety et al. ซึ่งสาเหตุเนื่องมาจากว่าภาวะอ้วนมีผลต่อระดับอินซูลิน ทำให้เกิดโรคจากหลอดเลือด เพิ่มระดับ adipocytokines และ inflammatory marker ซึ่งภาวะทั้งหมดนี้จะส่งผลต่อการเกิดบกพร่องทางปัญญาอันนำไปสู่ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (Anstety, et al., 2011)

การสูบบุหรี่เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่ทำภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงและหลอดเลือดแข็งตัว เป็นสาเหตุให้เลือดไปหล่อเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ สมองไม่ได้ อันจะนำไปสู่การเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่โรคสมองเสื่อมสำหรับการศึกษาในครั้งนี้พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Rusanen, et al. (2011) ที่ศึกษา พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่า 2 ซองต่อวันจะมีความเสี่ยงต่อภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (Rusanen, et al., 2011) แต่การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Scazufca, et al., (2008) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่แล้วไม่สูบบุหรี่และผู้ที่สูบบุหรี่ในปริมาณมากอาจป่วยเป็นโรคอื่นแล้วเสียชีวิต ไม่ได้ถูกคัดเข้ามาในการศึกษา ทำให้โอกาสในการพบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวลดลง (Scazufca, et al., 2008)

การดื่มแอลกอฮอล์ในการศึกษานี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Jarvenpaa, et al. (2009) พบว่าผู้ที่เดิมแอลกอฮอล์ปริมาณมากเกิน (เบียร์มากกว่า 5 ขวด หรือไวน์ 1 ขวด ต่อครั้งอย่างน้อย 1ครั้งต่อเดือน) มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (Jarvenpaa, et al., 2005) นอกจากนี้ Anstey, et al. (2009) ยังพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลางสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (Anstey, et al., 2009)

การออกกำลังกายจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของที่ศึกษาของ Verdelho, et al. (2012) พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายสามารถป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Verdelho et al (2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ Weuve, et al. (2004) ที่พบว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายมากรวมถึงการเดิน 1.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะมีความเสื่อมของสมองน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Euve, et al., 2004) สาเหตุอาจเนื่องมาจากการออกกำลังกายนั้นจะช่วยเพิ่มการทำงานของเซลล์ประสาท โดยจะช่วยในการไหลเวียนของเลือดที่ศีรษะ เพิ่ม lipoprotein profiles promoting endothelial nitric oxide production นอกจากนี้การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อระบบสมองและระบบประสาท ซึ่งช่วยในการขยายตัวของเส้นใยประสาท และเส้นเลือดฝอย ซึ่งเป็นการลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด ลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหลอดเลือดที่มีผลต่อการเกิดความบกพร่องของความจำและเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ (Colcombe, 2006)

3. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยภูเขา

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่ผ่านมาในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน จากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจากการศึกษาครั้งนี้พบเพียง 236 คน จากจำนวนประชากรตัวอย่างทั้งหมด 717 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูบ และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) สาเหตุที่การศึกษาในครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่มีการดำเนินชีวิตแบบพอเพียง ไม่มีความเครียดหรือแรงกดดันจากสังคมในการดำเนินชีวิต อีกทั้งในชาวไทยภูเขานั้นการประกอบอาชีพและการศึกษาไม่ได้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินชีวิต แต่หากเป็นการดำเนินชีวิตตามแบบฉบับของบรรพบุรุษที่พึ่งพาอาศัยธรรมชาติในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องเร่งรีบเหมือนคนในชุมชนเมือง และสมาชิกภายในครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นเครือญาติที่สามารถแบ่งปันความสุข ความทุกข์ร่วมกันได้ ซึ่งสังเกตได้จากการประกอบพิธีกรรมการไหว้ผีบรรพบุรุษที่เป็นการร่วมแรงร่วมใจของญาติและสมาชิกภายในครอบครัวเพื่อแสดงความเคารพแก่บรรพบุรุษที่คอยดูแล ปกป้องสมาชิกภายในบ้านตลอดมานั้นเอง

นอกจากนั้นแล้วสาเหตุที่ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันนั้น สาเหตุอาจเนื่องมาจากเครื่องมือที่ใช้ในศึกษาภาวะซึมเศร้าที่แตกต่าง โดยพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้านั้น สามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ เครื่องมือที่มีลักษณะเป็นการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยการวินิจฉัยทางคลินิกร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ International Statistical Classification of Disease (ICD) หรือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) เครื่องมือประเภทที่ 2 คือ เครื่องมือที่มีลักษณะสำหรับใช้คัดกรอง เพื่อเป็นการคัดแยกผู้ที่อาจจะป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาต่อไป ซึ่ง

เครื่องมือในประเภทนี้จะไม่สามารถระบุได้แน่นอนว่าเป็นโรคหรือไม่และเป็นชนิดใด รวมถึงไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ เช่น แบบคัดกรอง Thai-HADS, Thai version of the Beck depression inventory (BDI) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น CES-D,และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) เป็นต้น ซึ่งขนาดความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ศึกษาจะมีค่าสูงหรือต่ำนั้น จะขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ในแต่ละประเภทที่มีค่าความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะ (Specificity) ที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นแล้วลักษณะโครงสร้างทางประชากร สังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่แตกต่างกันของแต่ละชนชาติพันธุ์อาจทำให้พบความชุกที่แตกต่างได้ (ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2555)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขายังมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ซึ่งควรพิจารณาให้มีการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในครอบครัวและชุมชนด้วยความผาสุกในระยะยาว ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องออกจากหมู่บ้านเพื่อลงไปทำงานในเมือง หรือลงไปเรียนในชุมชนเมือง อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพคือมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค พร้อมทั้งส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีภาวะทุพลภาพหรือพิการ เกิดภาวะพึ่งพานำไปสู่ความต้องการต่อการดูแลระยะยาว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ดังนั้นหากสำรวจพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ควรให้ความสำคัญและให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยให้ได้รับการคัดกรอง การช่วยเหลือ การรักษา ค้นหาสาเหตุ ปัญหา และแนวทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของปัญหาที่มากขึ้น Cong, et al. (2015) กล่าวว่าการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศจีน ที่ใช้แบบประเมิน GDS-30 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.5 เป็นชายร้อยละ 10.6 เป็นหญิงร้อยละ 9.8 และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ การขาดการเข้าสังคม การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่น้อย โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็น และการนอนไม่หลับ หรือมีสิ่งรบกวนการนอน (Cong, et al., 2015) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

เมื่อทำการวิเคราะห์แบบพหุถดถอย พบ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยภูเขา ได้แก่ การสูบบุหรี่ และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสูบบุหรี่ พบว่าผู้สูงอายุที่เคยสูบ แต่ในปัจจุบันเลิกแล้ว มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับบทความวิชาการของ Vink, et al, 2008 พบว่าปัจจัยทางด้านลักษณะนิสัย หรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือการสูบบุหรี่ ซึ่งได้แก่การศึกษาของ Jorm, et al (2005) , Almeida and Pfaff (2005) และ Strawbridge, et al. (2002), Vink, et al. (2008) สาเหตุอาจเนื่องมาจากในสังคมวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขานั้น จะพบว่าการสูบบุหรี่เป็นที่นิยมเป็นอย่างมากทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในจำนวนที่ใกล้เคียงกับคนที่เคี้ยวหมาก ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่สืบเนื่องมาอย่างยาวนาน ด้วยวัตถุดิบทาง

ธรรมชาติที่หาได้ง่ายตามท้องถิ่นนั้นๆ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว มีโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 1.51 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (p-value=0.046) ซึ่งบุหรี่ที่สูบนั้นส่วนมากจะเป็นบุหรี่พื้นบ้าน ที่ทำได้ง่ายจากการพันด้วยใบตองแห้งที่หาได้ง่ายในชุมชน โดยการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูบเกิดความรู้สึกพึงพอใจที่ได้สูบ เกิดความสบายใจและเกิดการผ่อนคลายจากการกระตุ้นของสารสื่อประสาท จำพวก เซโรโทนิน (serotonin) ที่ไปกระตุ้นที่สมองในส่วนของ นิวเคลียส แอคคัมเบนส์ (nucleus accumbens) และสไตรเอตัม (striatum) ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจเหมือนได้รับรางวัล (brain reward) ซึ่งในบุหรี่จะมีสารนิโคตินที่ทำให้ผู้สูบเกิดการติดบุหรี่ จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่ต้องสูบตลอดเวลา และเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ บุหรี่นั้นมีสารพิษมากมายที่ทำลายระบบต่างๆของร่างกายรวมถึงการไปรบกวนการทำงานของระบบประสาทซึ่งเมื่อสูบเป็นระยะเวลานานจะพบว่าผู้ที่สูบส่วนใหญ่มักเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น (Weyerer, et al., 2008) เป็นผลมาจากการกดของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในทางกลับกันผู้ที่สูบบุหรี่มักเป็นผลมาจากสภาพจิตใจที่ซึมเศร้าได้ด้วย เพื่อเป็นการคลายความทุกข์ และเศร้าหมองภายในจิตใจนั้นเอง ด้วยเหตุนี้จึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ ที่ศึกษาพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับผู้ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่เคยสูบบุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ต่ำจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 1.77 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่สูง (p-vaule=0.018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติเดช เจียนดอน และคณะ ในปี 2554 ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ผู้สูงอายุพอใจมิติด้านสุขภาพจิตสูงสุดร้อยละ 45.6 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงถึงผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ดี ส่วนหนึ่งนั้นมาจากลักษณะทางด้านครอบครัว และเครือญาติที่มีความสนิทสนมกลมเกลียวกัน พร้อมทั้งมีการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านที่อาศัยร่วมกันอย่างพี่น้อง และการดำรงชีวิตที่ราบเรียบ ไม่มีความเร่งรีบในการทำงานหรือการประกอบอาชีพ ซึ่งครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมสนับสนุนทางด้านจิตใจโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว จากบุตร หลาน เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเปราะบางทางด้านจิตใจที่ต้องการแรงสนับสนุนเป็นอย่างมาก ด้วยเหตุนี้หากผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจที่ต่ำจะส่งให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบปัจจัยเสริมอื่นๆที่มีแนวโน้มเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ ปัจจัยทางด้าน ชนชาติพันธุ์ และ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องทางด้านสติปัญญา ซึ่งมีสาเหตุและหลักฐานสนับสนุนดังนี้

ชาติพันธุ์ ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาชาติพันธุ์ม้ง มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 0.48 เท่า เมื่อเทียบกับชาติพันธุ์อาข่า ซึ่งยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษาในประชากรชนชาติพันธุ์มาก่อนแต่สาเหตุที่ชาติพันธุ์มีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องมาจากชาติพันธุ์ม้งโดยพื้นฐานนั้นความเป็นอยู่ในการดำเนินชีวิตค่อนข้างเหมือนผู้สูงอายุโดยทั่วไป ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยเพียงลำพัง ไม่มีบุตรและหลานค่อยดูแล เนื่องจากต้องออกจากบ้านไปทำงานและเล่าเรียนหนังสือ นาน ๆ ครั้งถึงจะกลับมามาภูมิลำเนาเดิม ด้วยเหตุที่

ชนชาติพันธุ์ม้งส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างต่ำ มีรายได้จากการประกอบอาชีพที่ไม่มากพอ จึงทำให้มีบุตรหลานส่วนใหญ่มักลงไปประกอบอาชีพในตัวเมืองมากกว่าจะกลับภูมิลำเนาเดิมมาประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่มีความยากลำบากในการประกอบอาชีพและมีค่าตอบแทนและรายได้ที่น้อยกว่าการประกอบอาชีพในเมือง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาชนชาติพันธุ์ม้งต้องเจอสภาพเดียวกับผู้สูงอายุพื้นราบที่อาศัยในชนบท ที่ต้องดำเนินชีวิตเพียงลำพัง แม้จะมีรายได้จากการเลี้ยงดูจากบุตรหลานที่ไปทำงานต่างถิ่นที่ส่งเงินกลับมาให้ในแต่ละเดือน แต่ไม่มีคนคอยดูแล สนับสนุนทางด้านจิตใจมากพอ ซึ่งจะแตกต่างกับผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาชนชาติอาข่า ที่การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ของคนในครอบครัวจะประกอบอาชีพภายในหมู่บ้านมากกว่าการลงไปประกอบอาชีพในตัวเมือง จึงทำให้บุตรหลานและผู้สูงอายุได้อยู่ใกล้ชิดกันมากกว่า มีการดูแลและสนับสนุนทางด้านจิตใจที่มากกว่าชนชาติพันธุ์ม้ง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนในการเกิดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในชนชาติพันธุ์ม้งมากกว่าชนชาติพันธุ์อื่น

ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องทางด้านสติปัญญา เป็นอีกปัจจัยที่มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ วันเพ็ญ เชาว์เชิง และคณะ ในปี 2545 ที่ศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเฉลี่ยร้อยละ 18.71 นอกจากนี้ยังพบร่วมกับภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ซึ่งเป็นภาวะหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อาจเนื่องมาจาก อายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมก่อให้เกิดภาวะความเสื่อมถอยของร่างกายตามมาทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่จะพบว่ามีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบทั้งทางด้านกายภาพ และจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของระบบประสาทและความจำ ซึ่งจะพบว่าอายุที่มากขึ้นความสามารถของการใช้ศักยภาพของสมองในเรื่องความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือแม้กระทั่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำก็ลดลง ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากการศึกษาครั้งนี้จากแบบประเมิน MMSE-Thai 2002 ถึงร้อยละ 31.3 (p-value=0.096) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีภาวะสมองเสื่อม หรือ ความบกพร่องทางด้านสติปัญญาที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

เพศ ในประชากรเพศชายพบว่ามีแนวโน้มของความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 12.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Heun & Hein ในปี 2005 ที่พบว่าในเพศชายจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าถึง 2.1 เท่า (95%CI=1.6-2.74) (Heun & Hein, 2005) เนื่องมาจากในเพศชายจะมีความสามารถในการประกอบอาชีพและการเข้าสังคมลดลง และร่วมกับสภาวะร่างกายที่แข็งแรงน้อยลง ทำให้เกิดสภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือครอบครัวและตัวเองได้ดังเดิม ดังนั้นจึงเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพและการเข้าสังคม โดยเฉพาะอาชีพส่วนใหญ่ของชาวไทยภูเขาคือการทำเกษตรกรรม เช่นการทำไร่ข้าวโพด การปลูกชา และการทำนาข้าว ซึ่งต้องทำงานบนพื้นที่เชิงเขาที่มีความลาดชัน และการเดินทางในการประกอบอาชีพที่ต้องเดินด้วยเท้าเป็นระยะทางไกลมากกว่า 1 กิโลเมตรจากการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการประกอบอาชีพในผู้สูงอายุ แม้ว่าในบางคนที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่แต่ผลผลิตที่ลดลงจากแรงกายที่ลดลง แต่รายจ่ายยังคงมากขึ้นหรือเท่าเดิม

จากสภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ทำให้เกิดภาวะการพึ่งพิงและการอยู่บ้านมากยิ่งขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะการมองคุณค่าในตนเองต่ำลง จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าในเพศหญิงสูงอายุ ที่โดยกิจวัตรประจำวันในวัยทำงาน ต้องคอยทำงานอยู่บ้านเป็นหลักอยู่แล้ว จึงทำให้ไม่เกิดภาวะซึงเศร้าเท่าในเพศชาย คล้ายกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามักจะเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

อายุ จากการศึกษาในผู้สูงอายุพบว่าในช่วงอายุ 60-69 ปี มีแนวโน้มในการเกิดความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ถึงร้อยละ78.6 ซึ่งเป็นผลมาจากผู้สูงอายุในช่วงนี้เป็นช่วงปลดละวางตัวเองจากการทำงานหรืออยู่ในช่วงเกษียณตัวเองออกจากงานที่เคยทำอยู่เป็นประจำ จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะวิตกกังวลเนื่องจากรายได้ในการดำเนินชีวิตที่น้อยลง ความสามารถในการหาเลี้ยงชีพน้อยลงเกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น หรือในบางรายที่ต้องดำเนินชีวิตเพียงลำพัง จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลต่อการดำเนินชีวิตที่ไม่มีจุดมุ่งหมายและการไม่มีรายได้มารองรับค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นจากสภาพร่างกายที่มีการเสื่อมถอยลงจากอายุที่มากขึ้น ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุในช่วง 60-69 ปี แรกนี้จึงยังไม่คุ้นชินกับการดำเนินชีวิตที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการประกอบอาชีพเป็นกิจวัตรมาเป็นการอยู่บ้านเป็นหลัก ยังไม่สามารถปรับตัวเองให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้มากพอที่จะต้องออกจากการประกอบอาชีพ ทำให้ปิดโอกาสในการพบปะกับสังคมเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตามมานั้นเอง แตกต่างกับการศึกษาของ Petronella, et al. (2007) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่ายิ่งอายุที่มากขึ้นยิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น (OR=1.05, 95%CI=1.03 - 1.07) สืบเนื่องมาจากความสามารถในการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวันที่ทำได้ลดลงนั้นเอง

การประกอบอาชีพเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน เนื่องจากเป็นแหล่งของการหารายได้เพื่อนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าถึงเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สาเหตุอาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมโดยส่วนใหญ่ที่ต้องทำไร่ข้าวโพด การทำนาข้าว และการปลูกชา นั้นล้วนต้องพึ่งพาแรงกายการออกแรงทำการเกษตร โดยเฉพาะการทำเกษตรกรรมในพื้นที่ลาดชัน ที่ต้องมีการปีนป่ายและการเดินทางเพื่อไปประกอบอาชีพที่ต้องเดินด้วยเท้าเนื่องจากทางที่ไม่สะดวกต่อการนำพาหนะมาใช้ หรือจากตัวบุคคลที่ไม่มีรายได้มากพอที่จะซื้อพาหนะ หรือความยากลำบากต่อการใช้เทคโนโลยีในการใช้พาหนะก็ตามนั้น ล้วนเป็นอุปวรรคต่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม และด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามสภาพอายุที่มากขึ้นทุกวันนั้น ยิ่งส่งผลให้ศักยภาพในการทำงานลดลง ความทนทานต่อการทำงานลดลง ความสามารถในการบริหารจัดการลดลง อีกทั้งความล้าสมัยต่อการใช้อุปกรณ์ที่พัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว เช่นเครื่องมือทางอุตสาหกรรมสำหรับการผลิตพืชผลทางการเกษตรที่สามารถผลิตได้ในปริมาณมาก จึงทำให้ลดการจ้างงานในแรงงานคนลดลง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการทำงานที่ลดลง ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้นั้นเอง โดยในการศึกษาของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

ต่อการทำกิจกรรมทางกาย (Physical activity) ในแต่ละวัน พบว่าครึ่งหนึ่งของประชากรตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 60.3 มีการทำกิจกรรมทางกายทุกวัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดลงของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในผู้สูงอายุ (Goodwin, 2003) การศึกษาของ Hissei I และคณะในปี 2013 ที่ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของระดับเศรษฐานะและภาวะซึมเศร้าในคนเชื้อชาติ ญี่ปุ่น ไต้หวัน และ เหาหลี พบว่าผู้ที่มีเศรษฐานะที่ต่ำจะยิ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่เศรษฐานะที่ดี (Imai, et al., 2015)

ความสามารถในการประกอบอาชีพนั้นเป็นผลที่ส่งมาจากระดับการศึกษาที่แต่ละบุคคลได้รับ ดังจะเห็นได้ในปัจจุบันว่า บุคคลที่มีการศึกษาที่สูงความสามารถในการประกอบอาชีพเพื่อที่จะได้มีรายได้ที่สูงนั้นย่อมมีโอกาสที่มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษา (Imai, et al., 2015)ด้วยเหตุนี้ระดับการศึกษาจึงเป็นส่วนสำคัญสำหรับการประกอบอาชีพ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและสูงกว่า มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา จากการกล่าวถึงปัจจัยทางด้านการประกอบอาชีพเบื้องต้น แม้ว่าโดยส่วนมากผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมแต่ก็ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานตามยุคสมัยที่ประชาชนควรได้รับการศึกษา หรือในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งจะพบว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับนี้ มักจะได้รับโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดีและมีภาวะผู้นำค่อนข้างสูง แม้จะมีจำนวนที่น้อย เมื่อเทียบกับบุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 6.66 ซึ่งจะส่งผลต่อระดับความสามารถในการทำงานที่ต้องมีความรับผิดชอบที่มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากการได้รับเลือกให้เป็นผู้นำชุมชน ที่ต้องมีการบริหารจัดการประชากร และ ทรัพยากรภายในชุมชนให้เกิดความสงบเรียบร้อย ด้วยเหตุนี้ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงในวัยทำงานต้องทำงานที่มากขึ้น แต่เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก็ต้องปลดระวางจากการประกอบอาชีพ ทำให้ต้องดำเนินชีวิตอยู่บ้านมากขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จากการลดการพบปะผู้คนนั้นเอง

การดำรงชีวิตของมนุษย์นั้นต้องมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ด้วยเหตุนี้มนุษย์ทุกคนถึงไขว่คว้าถึงการหาครอบครัว เพื่อคอยเป็นเพื่อนคู่คิด คอยเป็นที่ปรึกษา และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับผู้ที่สมรสและอยู่ด้วยกัน สาเหตุอาจเนื่องมาจากการขาดผู้ร่วมคิดในการแก้ปัญหา หรือการส่งเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งจะแตกต่างกับคนที่ไม่เคยสมรสหรือเป็นโสดที่มีความเคยชินในการใช้ชีวิตเพียงลำพัง และต้องคอยแก้ปัญหาด้วยตัวเองเป็นประจำเสมอมา แต่ในผู้สูงอายุที่ต้องหย่าร้าง หรือเป็นหม้ายนั้น ในช่วงชีวิตหนึ่งเคยอาศัยอยู่ร่วมกับคู่ชีวิตที่สามารถให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ แต่แล้วต้องเกิดการพลัดพรากจากสาเหตุของการจากลา หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักก็ตาม จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ไม่มีคนคอยห่วงใยดูแล หรือแม้แต่ผู้ที่คอยร่วมกันสร้างชีวิตร่วมกันมา ถึงแม้ว่าในชาวไทยภูเขาจะมีอุบัติการณ์การหย่าร้างที่น้อยมาก แต่ด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการสูญเสียได้มากขึ้นนั้นเอง ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าการจากลาของคู่สมรสเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่เป็นครอบครัวจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Cong, et al., 2015)โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะ

หย่าหรือ แยกกันอยู่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้ มากถึงประมาณ 14 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่ (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2011)

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ใช้ในการประกอบพิธีกรรมของแต่ละชาติพันธุ์ ดังจะเห็นได้จากการประกอบพิธีการไหว้ผี ซึ่งมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเหล้า เป็นหนึ่งในของเซ่นไหว้ผีบรรพบุรุษ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์นั้นถือเป็นขนบธรรมเนียมที่ถือปฏิบัติมาแต่ยาวนาน ต่อการทำความเคารพบรรพบุรุษ ซึ่งโดยฤทธิ์ของแอลกอฮอล์นั้นมีผลต่อการกดการทำงานของระบบประสาท ทำให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆลดลง (Weyerer, et al., 2008)เป็นผลจากการเพิ่มความทนทานต่อการตอบสนองของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการหลั่งของสารสื่อประสาทและการส่งกระแสประสาทเพื่อไปกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ดังนั้นจึงเป็นการลดระดับความสามารถของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามา ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุประเทศออสเตรเลียที่ดูความสัมพันธ์ระหว่าการดื่มแอลกอฮอล์และภาวะซึมเศร้าในเพศชายจำนวน 514 คน ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานและดื่มบ่อยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ดื่มไม่สม่ำเสมอ (Coulson, et al., 2014) เนื่องจากเป็นทางเลือกสำหรับการละเลยความเจ็บหรือปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ดังนั้นการดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะที่ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญคือ การดื่มสุราเป็นประจำ (p-value<0.010) (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2011)

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

6.1คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตโดยรวม

เมื่อพิจารณาถึงระดับคุณภาพชีวิตของชีวิตของผู้สูงอายุไทยทั้งหมด 347 คน พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (51.3$\pm$ 17.29) ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรทีละตัว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ ได้แก่ เพศ การสูบบุหรี่ การสูบฝิ่น ปัญหาการนอนหลับ โรคหัวใจ ปัญหาเรื่องตา ปัญหาเรื่องฟัน โรคเก๊าท์ โรคเหน็บชา ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่เลิกสูบบุหรี่แล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ 1.79 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (OR_{adj}=1.79, 95% CI=1.01-3.12) และผู้ที่เลิกสูบฝิ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับต่ำ 0.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบฝิ่น (OR_{adj}=0.17-0.92)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (40.89$\pm$ 16.48) จัดได้ว่าอยู่ในระดับต่ำ เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรทีละตัว พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับต่ำ ได้แก่ เพศ ชาติพันธุ์ การพักอยู่อาศัย การสูบบุหรี่ การสูบฝิ่น การออกกำลังกาย ปัญหาเรื่องฟัน โรคเหน็บชา ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุชาติพันธุ์ม้งและเย้ามีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับต่ำ 3.69 เท่า และ 4.12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธ์อาข่า (OR_{adj}=3.69, 95% CI=1.20-11.34), (OR_{adj}=4.12, 95% CI=1.48-11.52) การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับต่ำ 3.12 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (OR_{adj}=3.12, 95% CI=1.44-6.76) และผู้สูงอายุที่สูบฝิ่นและเคยสูบฝิ่นสามารถป้องกันคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 0.18 เท่า และ 0.32 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบฝิ่น ผู้ที่เคยสูบฝิ่นแต่เลิกสูบแล้ว (OR_{adj}=0.18, 95% CI=0.03-0.95), (OR_{adj}=0.32, 95% CI=0.13-0.81)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบอยู่ในระดับสูง (54.21$\pm$ 14.94) เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรทีละตัว พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ ได้แก่ เพศ ชาติพันธุ์ การสูบบุหรี่ โรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า เพศชาย มีโอกาสเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ 1.72 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (OR_{adj}=1.72, 95%CI=1.02-2.89) และชาติพันธุ์ม้งมีโอกาสเสี่ยงกับระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตระดับต่ำ 0.34 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุชาติพันธุ์อาข่า (OR_{adj}=0.34, 95%CI=0.13-0.90)

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งนี้ (ประโยชน์ในทางประยุกต์ของผลงานวิจัยที่ได้)

1. การศึกษาในครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตในด้านร่างกายของผู้สูงอายุไทยภูเขาอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำกิจกรรม โครงการส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย เช่น การให้สุขศึกษาและการส่งเสริมทางด้านโภชนาการ พิษภัยจากบุหรี่ตลอดจนสารเสพติดอื่นๆ
2. การส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางด้านการแพทย์ลาสาธารณสุขที่เอื้อต่อผู้สูงอายุไทยภูเขา เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมโครงการที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทยภูเขา
4. ควรจัดกิจกรรม โครงการส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพศชาย

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำการพัฒนาเครื่องมือหรือการแปลแบบคัดกรองภาวะพุฒิปัญญาบกพร่องเป็นภาษาของแต่ละชนชาติพันธุ์
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงายุไทยภูเขาเพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของที่มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำมากยิ่งขึ้น

6.2 ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

เมื่อทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยภูเขาด้วยเครื่องมือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2545 (MMSE Thai-2002) พบความชุกร้อยละ 50.2 ทดสอบด้วย MINI-COG ฉบับภาษาไทย พบความชุกร้อยละ 64.4 และทำการคัดกรองด้วยแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจากผู้ดูแล Modified IQCODE พบความชุกร้อยละ 23.3

การวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องโดยพิจารณาผลจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2545 (MMSE Thai-2002) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องโดยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร ได้แก่ ชาติพันธุ์ การประกอบอาชีพในปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ดังตารางที่ 18

หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราห์ถดถอยพหุลอจิสติกเพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง 1.44 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพในปัจจุบัน (OR_{adj}=1.44, 95% CI=1.01-2.06)

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งนี้ (ประโยชน์ในทางประยุกต์ของผลงานวิจัยที่ได้)

1. การศึกษาในครั้งนี้พบความชุกจากทั้ง 3 เครื่องมือคัดกรองในระดับที่สูงกว่าการศึกษาระดับประเทศ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน ควรทำการดูแล ติดตาม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และทำการต่อส่งเพื่อการวินิจฉัยด้วยแพทย์เฉพาะทาง โดยผู้สูงอายุที่ป่วยจริงจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน ควรทำการเฝ้าระวัง โดยการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อย่างสม่ำเสมอ
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตลอดจนพัฒนาสังคม ควรส่งเสริมกิจกรรมหรือการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการสานตะกร้า กระเป๋า

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำการพัฒนาเครื่องมือหรือการแปลแบบคัดกรองภาวะพุฒิปัญญาบกพร่องเป็นภาษาของแต่ละชนชาติพันธุ์
2. ควรทำการศึกษาแบบ 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน และขั้นตอนที่สอง ให้ทำการวินิจฉันภาวะทางภาวะบกพร่องทางปัญญาอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม

3. ควรทำการศึกษาด้วยรูปแบบการศึกษา เช่น Case-Control หรือ Cohort study ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสามารถบอกความเป็นเหตุและผล (Causal relationship) ได้

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านการนอน และปัจจัยด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5. ควรขยายพื้นที่การศึกษา เช่น ในระดับภูมิภาค เพื่อการนำข้อเสนอมูลที่เป็นตัวแทนของภาคเหนือ

ภาวะซึมเศร้า

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจากการศึกษาครั้งนี้พบเพียง 236 คน จากจำนวนประชากรตัวอย่างทั้งหมด 717 คน คิดเป็นร้อยละ 32.9 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ชาติพันธุ์ การสูบบุหรี่ ภาวะบกพร่องทางด้านสติปัญญา และ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.05)

การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงข้อมูลหนึ่งแสดงถึงสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเสริม สนับสนุน หรือจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอุอย่างเป็นรูปธรรมและบุคลากรทางการแพทย์ควรจะได้รับข้อมูลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ เพื่อเป็นประโยชน์ ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีปัญหาจากภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งนี้ (ประโยชน์ในทางประยุกต์ของผลงานวิจัยที่ได้)

1. การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการป้องกัน หรือรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมสภาวะทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น
2. ความชุกจากการศึกษาครั้งนี้ยังบ่งบอกถึงสภาวะจิตใจที่ดีของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตที่สัมพันธ์กับธรรมชาติ ไม่มีความเร่งรีบในการดำรงชีพ จึงเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดี สำหรับแนะนำแก่ผู้สูงอายุ หรือบุคคลทั่วไปในการดำรงชีพโดยไม่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาไทย เพื่อดูปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสภาวะจิตใจที่ดี ไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำการพัฒนาเครื่องมือหรือการแปลแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นภาษาของแต่ละชนชาติพันธุ์
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยภูเขา เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่มากยิ่งขึ้น
3. ควรทำการศึกษาด้วยรูปแบบการศึกษา เช่น Case-Control หรือ Cohort study ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสามารถบอกความเป็นเหตุและผล (Causal relationship) ได้
4. ควรเพิ่มเติมการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีสภาวะจิตใจที่ดี เพื่อเป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางสำหรับการส่งเสริมให้มีสภาวะจิตใจที่ดีแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง หรือผู้ที่สนใจต่อไป

บรรณานุกรม

Anstey, K. J., Cherbuin, N., Budge, M., & Young, J. (2011). Body mass index in midlife and late-life as a risk factor for dementia: a meta-analysis of prospective studies. *Obes Rev, 12*(5), e426-437.

Anstey, K. J., Mack, H. A., & Cherbuin, N. (2009). Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies. *Am J Geriatr Psychiatry, 17*(7), 542-555.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorder*. fourth edition tr, editor. Washington, D.C: American Psychiatric Association 2000.

Aminoff M J, Kerchner G A. Chapter 24. Nervous systen disorders. In: McPhee S J , Papadakis M A, Rabow M W, editors. Current medical diagnosis & treatment 2012. [online] 2011 [cited 2013 october 14]. Available from: URL: http://www.accessmedicine.com/comtent/aspx?aID=12507.

Andel, R., Crowe, M., Pedersen, N. L., Mortimer, J., Crimmins, E., Johansson, B., & Gatz, M. (2005). Complexity of work and risk of Alzheimer's disease: a population-based study of Swedish twins. [

Twin Study]. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 60*(5), P251-258.

Apidechkul, T. (2011). Comparison of quality of life and mental health among elderly people in rural and suburban areas, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 42(5), 1282-1292.

Arslantas, D., Ozbabalik, D., Metintas, S., Ozkan, S., Kalyoncu, C., Ozdemir, G., & Arslantas, A. (2009). Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *J Clin Neurosci, 16*(11), 1455-1459.

Boonkerd P, Assantachai P, Senanarong W, Pantumchinda K, Chantasirikarn S. *Clinical practice guideline for dementia* (in Thai). Guideline for Dementia. Bangkok, Neuroscienc Institute. 2003

Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P. &Ganguli, M. 2003. The Mini-Cog as a Screen for Dementia: Validation in a Population-Based Sample. *the American Geriatrics Society*, 51, 1451-1454.

Carlson, N. E., Moore, M. M., Dame, A., Howieson, D., Silbert, L. C., Quinn, J. F., & Kaye, J. A. (2008). Trajectories of brain loss in aging and the development of cognitive impairment. *Neurology, 70*(11), 828-833.

Creswell, J. W. (1997). *Qualitative Inquiry and Research Design*. California: Sage Publication, Inc.

Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, J. S., Prakash, R., McAuley, E., . . . Kramer, A. F. (2006). Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 61*(11), 1166-1170.

Cong, Lan, Dou, Ping, Chen, Daochun, & Cai, Lin. (2015). Depression and Associated Factors in the Elderly Cadres in Fuzhou, China: A Community-based Study. International Journal of Gerontology, 9(1), 29-33.

Correa Ribeiro, P. C., de Souza Lopes, C., & Lourenco, R. A. (2013). Prevalence of dementia in elderly clients of a private health care plan: a study of the FIBRA-RJ, Brazil. *Dement Geriatr Cogn Disord, 35*(1-2), 77-86.

Coulson, Carolyn E., Williams, Lana J., Berk, Michael, Lubman, Dan I., Quirk, Shae E., & Pasco, Julie A. (2014). Association between alcohol consumption and self-reported depression among elderly Australian men. Geriatric Mental Health Care, 2(1–2), 3-8. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.gmhc.2014.09.001

Cunningham DA, R. P., Howard JK, et al. (1985). Exercise training and the cardiovascular fitness of man at retirement. *Med Sci Sports Exerc,* 17, 270.

Fischer, P., Zehetmayer, S., Jungwirth, S., Weissgram, S., Krampla, W., Hinterberger, M., et al (2008). Risk factors for Alzheimer dementia in a community-based birth cohort at the age of 75 years. *Dement Geriatr Cogn Disord, 25*(6), 501-507.

Ganguli, M., Lee, C. W., Snitz, B. E., Hughes, T. F., McDade, E. M., & Chang, C. C. (2014). How well do MCI criteria predict progression to severe cognitive impairment and dementia? *Alzheimer Dis Assoc Disord, 28*(2), 113-121.

Goodwin, Renee D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. Preventive Medicine, 36(6), 698-703. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00042-2

Guo, M., Gao, L., Zhang, G., Li, Y., Xu, S., Wang, Z., Guo, F. (2012). Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in the elderly living in nursing and veteran care homes in Xi'an, China. *J Neurol Sci,* 312(1-2), 39-44.

HA, d. (1970). Physiological effects of an exercise training regimen upon men aged 52-88. *J Geront*, 25, 325-336.

HC, C. G. S. (1998). *Geriatric rehabilitation*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Heun R., Hein S.(2005). Risk factors of major depression in the elderly. European Psychiatry, 20, 199-204.

Imai, Hissei, Chen, Wen-ling, Fukutomi, Eriko, Okumiya, Kiyohito, Wada, Taizo, Sakamoto, Ryota, . . . Matsubayashi, Kozo. (2015). Depression and subjective economy among elderly people in Asian communities: Japan, Taiwan, and Korea. Archives of Gerontology and Geriatrics, 60(2), 322-327.

Jarvenpaa, T., Rinne, J. O., Koskenvuo, M., Raiha, I., & Kaprio, J. (2005). Binge drinking in midlife and dementia risk. *Epidemiology, 16*(6), 766-771.

Kai-Kuen Leung, E.-C. W., Bee-Horng Lue, Li-Yu Tang. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research*, 13, 179-190.

Karen Glanz, B. K. R., Frances Marcus Lewis. (2002*). Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Karisson, M. K. (2001). Skeleton Effects of Exercise in Men. *Calcif Tissue Int* 69, 196-199.

Kawitu K, Siri S, Sujirarat D, Na Ayutaya S. *Prevalence and Associated Factors with Dementia in* Elderly; Lampang Province. The 34th National Graduate Research Conference, Khon kean Univeristy.

Keskinoglu, P., Giray, H., Picakciefe, M., Bilgic, N., & Ucku, R. (2006). The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr, 43*(1), 93-100.

Ogunniyi, A., Lane, K. A., Baiyewu, O., Gao, S., Gureje, O., Unverzagt, F. W.,. Hendrie, H. C. (2011). Hypertension and incident dementia in community-dwelling elderly Yoruba Nigerians. *Acta Neurol Scand*, 124(6), 396-402.

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Akha: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/akha.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lahu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/lahu/

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lisu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/lisu.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Karen: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/karen/karen-history.php

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554).Hmong: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/hmong.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Yao: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/hmong.html

Ruanjai T, Prevalence and factors related with cognitive impairment among elderly people, Chiang Rai province. [M.Sc. (Public Health) Thesis in infectious Disease and Epidemiology]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University

Rusanen, M., Kivipelto, M., Quesenberry, C. P., Jr., Zhou, J., & Whitmer, R. A. (2011). Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Intern Med, 171*(4), 333-339.

Ruanjai T, Siri S, Sujirarat D, Munsawaengsub Ch, Jirapongsuwan A, Prevalence and Factors Related with Dementia among Elder People in Chiang Rai, Thailand. The 3rd International Conference Social and Health Inequity and Globalization: (AEC) Perspective. August 18-19,2014, Mahidol University

Rodney M.Coe, J. C. R., Douglas K. Miller, Fredric D.Wolinsky, Katerine S. Virgo. (1993). Nutrition Risk and Survival in Elderly Veteans: A Five Year Follow Up. Journal of Community Health 18(6), 327-334.

Scazufca, M., Menezes, P. R., Araya, R., Di Rienzo, V. D., Almeida, O. P., Gunnell, D., & Lawlor, D. A. (2008). Risk factors across the life course and dementia in a Brazilian population: results from the Sao Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Int J Epidemiol, 37*(4), 879-890.

Siri S, Okanurak K, Chansirikanjana S, Kitayaporn D, Jorm AF. Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening test for dementia for Thai elderly. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health* 2006,37(3),587-94.

Takao Suzuki, H. K., Hideyo Yoshida, and Tatsuro Ishizaki. (2004). Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Miner Metab*(22), 602-611.

Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatric Gerontology International*. 2014; 26.

Trongsakul, S. (2015). Correlation between cognitive impairment and depressive mood of Thai elderly with type 2 diabetes in a primary care setting. *Malays Fam Physician, 10*(1), 11-18.

Van't Veer-Tazelaar, Petronella J., van Marwijk, Harm W. J., Jansen, Aaltje P. D., Rijmen, Frank, Kostense, Pieter J., van Oppen, Patricia, Beekman, Aartjan T. F. (2008). Depression in old age(75+), the PIKO study. Journal of Affective Disorders, 106(3), 295-299.

Valcour, V. G., Masaki, K. H., Curb, J. D., & Blanchette, P. L. (2000). The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med, 160*(19), 2964-2968.

Verdelho, A., Madureira, S., Ferro, J. M., Baezner, H., Blahak, C., Poggesi, A., . . . Inzitari, D. (2012). Physical activity prevents progression for cognitive impairment and vascular dementia: results from the LADIS (Leukoaraiosis and Disability) study. *Stroke, 43*(12), 3331-3335.

Vink D., Aartsen M.J., Schoevers R. A.,(2008) Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. Journal of Affective Disorders, 106, 29-44.

Volkert, D. (2005). Nutrition and Lifestyle of the elderly in Europe. *J Public Health*, 13, 56-61.

Wangtongkum, S., Sucharitkul, P., Silprasert, N., & Inthrachak, R. (2008). Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai, 91*(11), 1685-1690.

Weuve, J., Kang, J. H., Manson, J. E., Breteler, M. M., Ware, J. H., & Grodstein, F. (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *JAMA, 292*(12), 1454-1461.

Weyerer, Siegfried, Eifflaender-Gorfer, Sandra, Köhler, Leonore, Jessen, Frank, Maier, Wolfgang, Fuchs, Angela, Bickel, Horst. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. Journal of Affective Disorders, 111(2–3), 153-163.

WHO. (2006). Definition of an older or elderly person. Retrieved 6 November, 2006, from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html

Winter Holz, A., Nunes, B. P., Thume, E., Lange, C., & Facchini, L. A. (2013). Prevalence of cognitive impairment and associated factors among the elderly in Bage, Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, 16(4), 880-888.

Wongpakaran N, Wongpakaran T. *Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand*. Psychogeriatrics. 2012 Mar;12(1):11-7.

Zaudig M. A new systematic method of measurement and diagnosis of "mild cognitive impairment" and dementia according to ICD-10 and DSM-III-R criteria*. Int Psychogeriatr.* 1992;4 Suppl 2:203-19.

กรมอนามัย, (2549). *อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดรวม จำแนกตามเพศ*. Retrieved 6 พฤศจิกายน 2549

กระทรวงสาธารณสุข, (2549). *อาหารผู้สูงอายุ*. Retrieved 3 November, 2549, from http://www.agingthai.org

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ http://th.wikipedia.org/wiki/.วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี.(2553). กรุงเทพฯ.

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c3t1.html

ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในชนบท 3 จังหวัดภาคเหนือ [ออนไลน์] 2556 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2556] [database on the Internet]. 2541. Available from: เข้าถึงได้จาก http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=3859.

ชุติเดช เจียนดอน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา, และนพพร โหวธีระกุล. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา, *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229-239.

ธรรมนาถ เจริญบุญ. (2555). แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 11(4),663-676.

ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิปลป์, ทัศนันท์ ทุมมานนท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดิ์ดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี, *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 240-249.

ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ.(2546). *รายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care).* เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 5/2546.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ, (2547). *รายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care*). เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 3/2547.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

ภรภัทร ดอกไม้, สุคนธา ศิริ, และกุลยา นาคสวัสดิ์. (2557). โรคเรื้อรัง การสูญเสียฟัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย.*วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(2), 112-123.

รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ.2550 [database on the Internet]. 2550 [cited (เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2556)]. Available from: เข้าถึงได้จาก http://www.hiso.or.th/hiso/healthReport/report_download.php?download1=6&lesson1=2&lesson_id=87&zone=3&manu=1&page=

สุจิตรา ปัญญา, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, ศุภชัย ปิติกุลตัง, นพพร ตันติรังสี. (2559).ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุ.*วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 2559,46(1), 95-107.

วันเพ็ญ เชาว์เชิง, และกรเกศ พรหมดี. (2545). การศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะสุขภาพทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา, การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 15, 52-53.

วิชัย เอกพลากร. (2551).*รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. กรุงเทพมหานคร: เดอะ กราฟิก ซิสเต็มส์.

วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, และจิดาภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*.,5(2),32-40.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2540.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์.(2553).*รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพมหานครฯ :บริษัท คิว พี จำกัด

สมาคมผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. (2554).*สรุปการประชมระดมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกันรักษา แลดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย:* เดอะ กราฟฟิกโก ซิสเต็มส์

นาถ พันธุมนาวิน พงษ์ศักดิ์ มณีนพผล พจมาลย์ ลาภลือชา, (2549). การศึกษาการดำเนินงานขยาย

ประเสริฐ บุญเกิด.(2546). บรรณาธิการ.*แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for dementia)*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมสุดา ผู้พัฒน์ จุฬารัตน์ วัฒนะ. (2551). *การประเมินผลการดำเนินงานโครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง.* โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และอุมาพร อุดมทรัพยากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่, *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.

สำเริง กาญจนเมธากุล, (2549). *การแพทย์แผนไทยประยุกต์.* เชียงราย.

สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. (2546). *อาหารสำหรับผู้สูงอายุ.* Retrieved 3 November, 2549, from http://csweb.bsru.ac.th/4000105/chap3/detail3_6.html

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2548). *กระบวนทัศน์วิจัยเพื่อท้องถิ่น จุดเปลี่ยนการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.*

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *จำนวนประชากรแยกตามอายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 พฤศจิกายน, 2549*, from http://www.nesdb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *จำนวนประชากรแยกตามอายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 พฤศจิกายน, 2549*, from http://www.nesdb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554).* กรุงเทพฯ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน

อารดา ธีระเกียรติกำจร. (2554). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจงหวัดเชียงใหม่* , Veridian E-Journal, Silpakorn University, ปีที่ 4, 1-19. ค้นเมื่อ วันที่ 28 เดือน กุมภาพันธ์ ปี 2558, จาก http://www.ejournal.su.ac.th/upload/182.pdf

ภาคผนวก

แบบสอบถามและแบบทดสอบการประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

.....

คำชี้แจง แบบสอบถามและแบบทดสอบนี้ประกอบด้วย ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ MINI-COG ฉบับภาษาไทย จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ(modified IQCODE) จำนวน 32 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (GDS-15) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 (Short Form Health Survey (SF-12)) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

กรณีผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ10 ให้บันทึกคำตอบทุกครั้ง

1. **การรับรู้ด้านเวลา (5 คะแนน)** บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)
   - 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร..... ☐
   - 1.2 วันนี้วันอะไร..... ☐
   - 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร..... ☐
   - 1.4 ปีนี้ปีอะไร..... ☐
   - 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร..... ☐
2. **การรับรู้ด้านสถานที่ (5 คะแนน)** (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)
   - 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล
     - 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร และ...ชื่อว่าอะไร..... ☐
     - 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร..... ☐
     - 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร..... ☐
     - 2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร..... ☐
     - 2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร..... ☐
   - 2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ
     - 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร..... ☐
     - 2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร..... ☐
     - 2.2.3 ที่นี่อำเภอเขต/อะไร..... ☐
     - 2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร..... ☐
     - 2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร..... ☐
3. **การจดจำ (3 คะแนน)**

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ กระผมจะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา, ยาย....)

พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวผมจะถามซ้ำ

∗ การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ.....☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์.....☐

4. ทดสอบสมาธิและการคำนวณ (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกที่ละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา

.... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย....)

สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย....)สะกดถอยหลัง ให้ฟังชิ

.... ☐

ว า น ะ ม

5. ความระลึกได้ (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ .....☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ☐

6. การบอกชื่อสิ่งของ (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”..... ☐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”..... ☐

7. การพูดตาม (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว

“ใครใคร่ขายไก่ไข่”..... ☐

8. การทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4

ไม่มีรอยผับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่” (พื้น, โต๊ะ, เตียง)..... □

9. การทำตามคำสั่งจากตังหนังสือ (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย....) อ่านแล้วทำตาม (ตา, ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจ

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้” ○ หลับตาได้..... □

10. การเขียน (1 คะแนน)

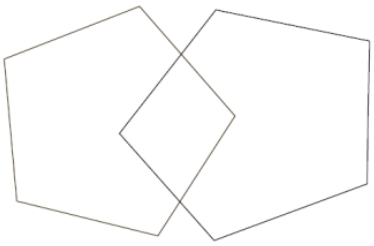
ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ก็ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง

หรือมีความหมายมา 1ประโยค”..... ○

ประโยคมีความหมาย..... □

11. การวาดรูปโครงสร้าง (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)
..... □



คะแนนเต็ม 30

การแปลผล จุดตัดคะแนน (Cut of point) ที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือ	มีคะแนน ≤ 14 (คะแนนเต็ม 23)
(อ่านหนังไม่ออก-เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10)	
ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา	มีคะแนน ≤ 17 (คะแนนเต็ม 30)
ผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	มีคะแนน ≤ 22 (คะแนนเต็ม 30)

ส่วนที่ 2 MINI-COG ฉบับภาษาไทย

1. ให้ผู้ป่วยตั้งใจฟังแล้วบอกผู้ป่วยว่า “ดิฉัน (ผม) จะบอกคำ 3 คำซึ่งอยากให้คุณ (ชื่อ ป้า ลุง ยาย ตา) จำตอนนี้แล้วก็จำไว้ต่อไปนะคะ (นะครับ) คำเหล่านี้ได้แก่”

บ้าน แมว สีเขียว

ไหนลองพูดออกมาให้ฟังสิคะ (ครับ) (ให้โอกาสผู้ป่วยลองทำ 3 ครั้ง หากไม่สามารถทำได้หลังจากพยายาม 3 ครั้ง ให้ทำข้อต่อไป)

พับหน้านี้ไปทางด้านหลังตามรอยประด้านล่างเพื่อให้เกิดพื้นที่ว่างและปิดคำที่ให้จำไว้ ส่งดินสอ/ปากกาให้ผู้ป่วย

.....

2. พูดวลีต่อไปนี้ตามลำดับ:” ช่วยวาดรูปนาฬิกาลงบนที่ว่างด้านล่างนี้หน่อยนะคะ (ครับ) เริ่มจากวาดวงกลมวงใหญ่ๆ ค่ะ (ครับ)” (เมื่อเสร็จแล้วให้บอกว่า) “ใส่ตัวเลขลงไปในวงกลมให้ครบเลยค่ะ (ครับ)” (เมื่อเสร็จแล้วให้บอกว่า) “ ทีนี้ให้ตั้งเวลา โดยให้เข็มนาฬิกาชี้บอกเวลา 11:10 น. (สิบเอ็ดนาฬิกาสิบนาที) ค่ะ (ครับ)” หากผู้ป่วยไม่สามารถวาดนาฬิกาได้เสร็จภายใน 3 นาที ให้หยุดทำแล้วไปถามคำที่ให้จำไว้

3. พูดว่า: “คำ 3 คำที่ดิฉัน (ผม)ให้คุณ (ชื่อ ป้า ลุง ยาย ตา)จำไว้มีอะไรบ้างคะ (ครับ)”

_____ _____ _____(ให้ 1 คะแนนต่อ 1 คำ)

คะแนนการระลึกคำ 3 คำ ☐

ให้คะแนนรูปนาฬิกา (ดูคำแนะนำอีกหน้าหนึ่ง): รูปนาฬิกาปกติ 2 คะแนน

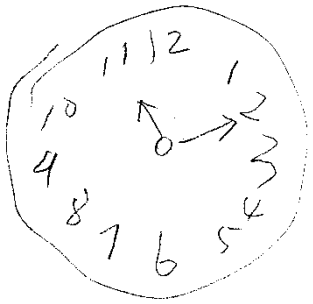
รูปนาฬิกาผิดปกติ 0 คะแนน

คะแนนรูปนาฬิกา ☐

คะแนนรวม = ☐

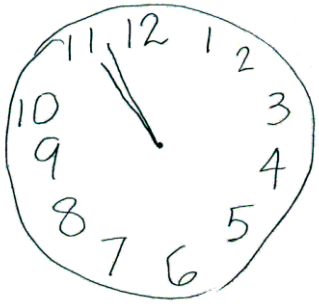
คะแนนการระลึกคำ 3 คำ รวมกับคะแนนรูปนาฬิกา คะแนน 0, 1, หรือ 2 อาจจะมีความบกพร่อง; 3, 4, หรือ 5 ไม่มีความบกพร่อง

การให้คะแนนรูปนาฬิกา



นาฬิกาปกติ

นาฬิกาปกติจะมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ครบถ้วน:
ตัวเลขครบ 1-12 ไม่ซ้ำกัน อยู่อย่างถูกลำดับและทิศทาง (ตามเข็มนาฬิกา) ภายในวงกลม
เข็มนาฬิกามี 2 อัน อันหนึ่งชี้ที่เลข 11 และอันหนึ่งชี้ที่เลข 2
ตัวอย่างของนาฬิกาที่ผิดปกติ



เข็มนาฬิกาผิดปกติ



ตัวเลขไม่ครบ

รูปนาฬิกาที่ขาดองค์ประกอบข้อใดข้อหนึ่งเหล่านี้ให้ถือว่าผิดปกติ การปฏิเสธที่จะวาดรูปนาฬิกาให้ถือว่าผิดปกติ

Mini-Cog™ ลิขสิทธิ์ S Borson. Mini-Cog PS ออกแบบมาเพื่อใช้กับผู้ใหญ่ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา พิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของ เพื่อใช้ในงานวิจัยของ สุภาพร ตรงสกุล (School of Allied Health Professions, University of East Anglia, UK) ในงานวิจัยเกี่ยวกับความบกพร่องด้านพุทธิปัญญาของผู้ป่วยชาวไทย ไม่อนุญาตให้ปรับปรุงหรือใช้ในวัตถุประสงค์อื่น เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของ(soob@u.washington.edu). สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ(modified IQCODE) สำหรับผู้ดูแล

ขอความกรุณาท่านเปรียบเทียบความจำ สติปัญญา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมากับปัจจุบันของผู้สูงอายุของท่าน และกรุณาทำเครื่องหมาย/ลงในช่องที่แสดงถึงระดับการเปลี่ยนแปลงว่า ดีขึ้นมาก ดีขึ้นเล็กน้อย เท่าเดิม แย่ลงเล็กน้อย หรือแย่ลงมาก ตัวอย่างเช่น ถ้าเมื่อ 10 ปี ก่อนผู้สูงอายุมักจำชื่อคนอื่นไม่ค่อยได้ และปัจจุบันยังคงจำไม่ค่อยได้เหมือนเดิมนั้น ให้ถือว่า “ไม่เปลี่ยนแปลง”

	การเปลี่ยนแปลงระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้นมาก	**ดีขึ้นเล็กน้อย**	**ไม่เปลี่ยนแปลง**	**แย่ลงเล็กน้อย**	**แย่ลงมาก**
1. ความจำเกี่ยวกับหน้าตาคนในครอบครัวหรือญาติ					
2. ความจำเกี่ยวกับชื่อคนในครอบครัวหรือญาติ					
3. ความจำในรายละเอียดของคนในครอบครัวหรือญาติเกี่ยวกับอาชีพ ที่อยู่					
4. ความจำในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ 2-3 วัน ที่ผ่านมา					
5. ความจำในเรื่องที่สนทนาไปเมื่อ 2-3 วัน ที่ผ่านมา					
6. พูดคุยอย่างต่อเนื่องโดยไม่ลืมสิ่งที่จะพูด					
7. จำได้ว่าตอนนี้พักอาศัยอยู่ที่ไหน					
8. จำได้ว่าวันนี้เป็น วัน เดือน อะไร					
9. ความจำเกี่ยวกับที่ประจำที่ใช้เก็บของในบ้าน					
10. จำได้ว่าวางของไว้ที่ไหน					
11. จำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับในวัยเด็ก					
12. จำสิ่งที่ตนได้เรียนรู้ในวัยเด็ก					
13. ทราบเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต					
14. ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน					
15. สามารถใช้เครื่องมือที่คุ้นเคยภายในบ้าน					
16. สามารถเรียนรู้การใช้เครื่องมือเครื่องใช้ใหม่ ๆ ในบ้าน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ					

	การเปลี่ยนแปลงระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้นมาก	ดีขึ้นเล็กน้อย	ไม่เปลี่ยนแปลง	แย่ลงเล็กน้อย	แย่ลงมาก
17. สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ทั่วไป เช่น การใช้โทรศัพท์					
18. สามารถเข้าใจความหมายของคำแปลก ๆ เช่น คอมพิวเตอร์					
19. สามารถเข้าใจเนื้อหาในนิตยสาร หรือหนังสือพิมพ์					
20. สามารถติดตามเรื่องราวต่าง ๆ จากวิทยุ หรือโทรทัศน์					
21. สามารถติดต่อกับลูกหลาน ญาติ หรือกิจธุระทั่วไป เช่น ติดต่อสื่อสารหรือโทรศัพท์					
22. ความสามารถในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิต-ประจำวันด้วยตัวเองได้					
23. ความสามารถในการใช้จ่ายตลาด เช่น ไปซื้อของ					
24. ความสามารถในการจัดสรรเรื่องเงิน เช่น มีการเก็บเงินวันตรุษจีน งานปีใหม่					
25. สามารถประมาณได้ว่าจะใช้สิ่งของปริมาณเท่าไร เช่น จะซื้ออาหารเท่าไร หรือกะเวลาที่ใช้ใน การทำกิจกรรมต่าง เช่น ใช้เวลาในการเดินทางเท่าไร					
26. สามารถที่จะเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับให้เหตุผลในสิ่งนั้นได้ เช่น ถ้าหนาวต้องใส่เสื้อแขนยาว					
27. สามารถร้องเพลงที่เคยร้อง หรือสวดมนต์ที่เคยสวด					
28. สามารถเลือกใช้เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมกับงาน เช่น จอบใช้สำหรับทำสวน					
29. มีพฤติกรรมการพูดจาหรือถามซ้ำ ๆ					

	การเปลี่ยนแปลงระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้นมาก	ดีขึ้นเล็กน้อย	ไม่เปลี่ยนแปลง	แย่ลงเล็กน้อย	แย่ลงมาก
30. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้					
31. สามารถเดินทางไป-กลับสถานที่คุ้นเคยได้โดยลำพัง					
32. สามารถทำงานที่เคยทำ					

เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับการเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดให้

1 คะแนน คือ ดีขึ้นมากใน 10 ปี ที่ผ่านมา 2 คะแนน คือ ดีขึ้นเล็กน้อย 10 ปี ที่ผ่านมา

3 คะแนน คือ ไม่เปลี่ยนแปลง 10 ปี ที่ผ่านมา 4 คะแนน คือ แย่ลงเล็กน้อยใน 10 ปี ที่ผ่านมา

5 คะแนน คือ แย่ลงมากใน 10 ปี ที่ผ่านมา

นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยจำนวนข้อที่ตอบโดยมีจุดตัดคะแนนที่ใช้สำหรับการทำนายภาวะสมองเสื่อมมากกว่าหรือเท่ากับ 3.33

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (GDS-15)

เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สุกของคุณในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อที่	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่
1	โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่		
2	คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่างๆลงหรือไม่		
3	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณว่างเปล่าหรือไม่		
4	คุณรู้สึกเบื่อๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
5	คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่		
6	คุณกลัวอะไรร้ายๆ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่		
7	คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่		
8	คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
9	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่		
10	คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกกว่าใครๆหรือไม่		
11	คุณคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่		
12	คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน		
13	คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่		
14	คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่คุณกำลังเผชิญอยู่หรือไม่		
15	คุณคิดว่าคนอื่นๆ ดีกว่าคุณหรือไม่		

คะแนนรวม_ _/15

<u>การคิดคะแนน</u>

ให้คะแนน 1 คะแนนในข้อต่อไปนี้

ตอบ ใช่ 2-4, 6, 8-10,, 12, 14-15

ตอบ ไม่ใช่ 1, 5, 7, 11, 13

6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก

11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 (Short Form Health Survey (SF-12))

1. โดยทั่วไปท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

☐ ดีเยี่ยม ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ไม่ดี

2. ในช่วงนี้สุขภาพของท่านทำให้มีปัญหากับการทำกิจกรรมเล็กๆ น้อย เช่น การยกโต๊ะ การทำความสะอาด ปัดกวาด เช็ดถูบ้าน หรือหิ้วของ หรือไม่

☐ ใช่ เป็นปัญหาหรืออุปสรรคอย่างมาก ☐ ใช่ เป็นปัญหาหรืออุปสรรคเพียงเล็กน้อย

☐ ไม่เป็นปัญหาหรืออุปสรรคเลย

3. ในช่วงนี้สุขภาพของท่านทำให้การเดินขึ้นตก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนินมีปัญหาหรือไม่

☐ ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก ☐ ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย ☐ ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรคเลย

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การทำงานหรือกิจกรรมประจำวัน ของท่านทำได้น้อยลงเนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือไม่

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

5. ช่วงนี้ท่านรู้สึกไหมว่า ท่านไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ จนต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาเรื่องอารมณ์ เช่น เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า หรือวิตกกังวล จนทำให้การประจำได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ หรือไม่

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

7. ในช่วงนี้ท่านมีความสะเพร่า เลินเล่อ จากการทำงาน หรือกิจกรรม หรือไม่

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

8.ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกาย ทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันได้ตามปกติ (งานในบ้านและนอกบ้าน) มากน้อยเพียงใด

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ ค่อนข้างมาก ☐ มากที่สุด

9.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน ? ท่านรู้สึกจิตใจสงบ มีสมาธิ จิตใจนิ่ง

☐ ตลอดเวลา ☐ เกือบตลอดเวลา ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ นานๆ ครั้ง ☐ ไม่เลย

10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่าน ท่านรู้สึกแข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น แค่ไหน

☐ ตลอดเวลา ☐ เกือบตลอดเวลา ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ นานๆ ครั้ง ☐ ไม่เลย

11. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเศร้า หดหู่ แค่ไหน

☐ ตลอดเวลา ☐ เกือบตลอดเวลา ☐ ค่อนข้างบ่อย ☐ บางครั้ง ☐ นานๆ ครั้ง ☐ ไม่เลย

12. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าปัญหาทางสุขภาพ หรือปัญหาทางอารมณ์เป็นอุปสรรคขัดขวางการทากิจกรรมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมเพื่อนหรือเยี่ยมญาติสนิท เป็นต้น

☐ ตลอดเวลา ☐ เกือบตลอดเวลา ☐ บางครั้ง ☐ นานๆ ครั้ง ☐ ไม่เลย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

No. 88/2558

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Mae Fah Luang University Research Ethics Committee on Human Research

Title of Project	:	Mental health and quality of life assessment among the elderly population in the Thai-hill tribe people, Chiang Rai Province
Registered Number	:	REH-58088
Principal Investigator	:	Mr. Thapakorn Ruanjai
Department	:	School of Health Science
Date of Approval	:	October 20, 2015

The aforementioned project has been reviewed and approved by The Mae Fah Luang University Research Ethics Committee on Human Research, based on The Declaration of Helsinki.

(Assoc. Prof. Dr. Preecha Upayokin)
Acting President of the Ethics Committee
Mae Fah Luang University

สรุปการดำเนินการทดสอบเครื่องมือแบบสอบถาม

หลังจากทำการทดสอบเครื่องมือกับผู้สูงอายุจำนวน 20 คน พบว่า

1. แบบประเมินสภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 (Short Form Health Survey (SF-12)) เมื่อทำการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.75 ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์อยู่ในระหว่าง 7-10 นาที

2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGD-15) เมื่อทำการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์อยู่ในระหว่าง 5-7 นาที มีความสะดวกในการใช้

3. แบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ใช้ระยะเวลาในการทดสอบประมาณ 8-10 นาที เป็นเครื่องมือที่ตามแนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อมที่แนะนำให้ใช้สำหรับคัดกรอง cognitive impairment ในชุมชน แต่อาจจะมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุชนชาติพันธ์บางกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาไทย (เข้าใจภาษาไทยเล็กน้อย)

4. แบบทดสอบ MINI-COG TM-PS Version ใช้ระยะเวลาในการทดสอบประมาณ 3-5 นาที มีความสะดวก รวดเร็วในการทดสอบ ซึ่งสามารถวัด short term memory จากการจำคำ 3 คำ และวัด Executive function จากการวาดรูปนาฬิกา

ภาพบรรยากาศในการทดสอบแบบสอบถาม







ผู้สูงอายุเผ่าอาข่า

	**เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ อำเภอแม่สรวย**
	**เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ อำเภอแม่สรวย**
	**เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุ อำเภอแม่สรวย**

ผู้สูงอายุเผ่าม้ง

	**ภาพการเก็บข้อมูลผู้ดูแลเผ่าม้ง อ.เทิง**
	**ภาพการเก็บข้อมูลผู้ดูแลเผ่าม้ง อ.เทิง**
	**ภาพการเก็บข้อมูลผู้ดูแลเผ่าม้ง อ.เทิง**
	**บรรยากาศและทางเดินในหมู่บ้านเผ่าม้ง อำเภอเทิง**

ผู้สูงอายุเผ่ากะเหรี่ยง

	**ภาพการเก็บข้อมูลผู้ดูแลกระเหรี่ยง อ.เมือง**

ค. ส่วนประกอบตอนท้าย

โครงการย่อยที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย
Mental health and quality of life assessment among the elderly population in the Thai- hill tribe people, Chiang Rai Province

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี 2558 **จำนวน** 274,000 (สองแสนเจ็ดหมื่นสี่พันบาทถ้วน)
ระยะเวลาทำการวิจัย 1 ปี **เริ่มทำการวิจัยเมื่อ** ธันวาคม 2558

หัวหน้าโครงการ

อาจารย์ฐาปกรณ์ เรือนใจ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน1579900230781 หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916900 โทรสาร 053-916821, Email: thapakorn.rua@mfu,ac,th

ผู้ร่วมโครงการ

อาจารย์ ดร.สุภาพร ตรงสกุล หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: supaporn.tro@mfu.ac.th

อาจารย์ วิลาวัณย์ ไชยอุต หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: wilawan@gmail.com

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: tk2516ms@gmail.com

โครงการย่อยที่ 3
โครงการการประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัย Cross-sectional study design นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความปลอดภัยที่อยู่อาศัย จากปัจจัยทางด้านชุมชนเกี่ยวกับทำเลที่ตั้ง ภัยพิบัติ การคมนาคม สิ่งอำนวยความสะดวก และประเมินจากปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัยที่เป็นจุดเสี่ยงให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ และการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จาก 6 ชนเผ่า โดยใช้แบบสอบถาม Lux Meter และการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์คุณภาพน้ำ

ผลการศึกษา พบว่า จากจำนวนทั้งหมด 60 หมู่บ้าน ของผู้สูงอายุ จำนวน 680 ราย พบว่าชุมชนมีถนนแคบ ร้อยละ 63.3 ถนนสูงชัน ร้อยละ 33.3 ไม่มีราวกันตก ร้อยละ 28.3 และ ร้อยละ 76.7 สามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลได้ภายใน 15 นาที แต่ ร้อยละ 60.0 ไม่มีรถโดยสารสาธารณะบริการด้านภัยพิบัติ พบว่า ร้อยละ 86.7 ประสบภัยแล้ง ร้อยละ 66.7 ประสบภัยพิบัติแผ่นดินไหว ร้อยละ 61.7 ประสบภัยพิบัติพายุลมแรง และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 24.9 เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 18.8 มีประวัติสะดุด ลื่นล้มหกล้ม จุดเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ สภาพพื้นผิวทางเดินรอบบ้านและทางไปห้องน้ำ ร้อยละ 60.3 ของห้องน้ำ ร้อยละ 68.4 ของห้องครัว และร้อยละ 77.2 ของห้องโถง ระดับความเข้มของแสงสว่างไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 43.8 ใช้น้ำประปาภูเขาในการบริโภค และ ร้อยละ 73.8 ใช้นำประปาภูเขาในการอุปโภค และ ร้อยละ 83.0 พบมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย พบปัญหาสัตว์รบกวนมากที่สุดคือ ยุง (ร้อยละ 58.5) และแหล่งรังโรคคอกสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 18.1) ร้อยละ 68.5 ใช้เครื่องปรุงอาหารที่มีเครื่องหมาย อย. พื้นผิวในการประกอบอาหารเป็นไม้ (ร้อยละ 55.0) และพบว่ามีการเตรียมอาหารบนดิน ร้อยละ 8.7

การส่งเสริมโครงการสุขาภิบาลอาหารและคุณภาพน้ำในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต การ

คำสำคัญ ความปลอดภัยที่พักอาศัย การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ภัยพิบัติ ปัจจัยเสี่ยง อุบัติเหตุ

Abstract

A cross-sectional study was performed to assess the living safety in the aspects of location, facing disaster, transportation, public services, and in the aspects of living environment and injuries including sanitations in the six main hill tribe elderly populations who were aged ≥ 60 years old. A questionnaire, lux meter, and laboratory test were used to obtain the information from the subjects.

Results; totally, 60 villages (680 subjects) were recruited into the study. 63.3% had narrowed road, 33.3% had a high slope road, 28.3% had no rail and 60.0% had no public transportation provided. 76.7% were ≤ 15 minutes far from a health care center. Regarding disaster, 86.7% were drought, 66.7 were earthquakes, and 61.7 were storm. 24.9% had injuries in a previous year, among them 17.8% had a fall, and most occurred around the residential area including the pathway to restroom. 60.3% of toilet, 68.4% of kitchen, and 77.2 of living rooms had been defined as under the standard lighting level. 43.8% of water supply and 73.8% of drinking water were untreated ground-water, and 83.0% of all sources of water had been contaminated by coli form bacteria. Regarding living sanitation, 58.5% had a mosquito, 18.1% had a corral nearby their home, 68.5% used no food-and –drug certificated food, 55.0% prepared their food on a wood surface material, and 8.7% prepared their food on a floor.

Keywords: Living safety environment, living sanitation, disaster, risk factors, injury

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการเหตุผล

ความชราเป็นสิ่งที่ทุก ๆ คนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความชรามักจะเกี่ยวโยงไปถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางสรีรวิทยาของร่างกายมีสภาพการเสื่อมของระบบอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเกณฑ์ขึ้นเพื่อใช้กันทั่ว ๆ ไปว่าคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2006) ในปัจจุบันได้เพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี 2557 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) มีผู้สูงอายุถึง 9.92 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 15.30 ของประชากรทั่วประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอายุเฉลี่ยปัจจุบัน (กรมอนามัย, 2557) เพศชาย คือ 75.96 ปี เพศหญิง คือ 82.66 ปี โดยภาพรวมเป็น 79.31 ปี เมื่อคนเราอายุมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ ก็จะเสื่อมตามวัย การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรังและเป็นหลาย ๆ โรคพร้อม ๆ กัน หากการดูแลรักษาไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้นไม่ดี ดังนั้นการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการสุขภาพในมิติต่าง ๆ เช่น คุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข จึงสามารถนำมาพัฒนาระบบการบริการ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตอย่างทรงคุณค่าและมีศักดิ์ศรีตลอดอายุขัย จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรชายขอบ เช่น ชาวไทยภูเขา ซึ่งกลุ่มประชากรเหล่านี้ประสบปัญหาพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตอยู่แล้ว เช่น การเข้าถึงทรัพยากร ปัญหาการศึกษาและการสื่อสาร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณค่าและศักดิ์ศรีการเป็นคน การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในสังคมไม่ได้เป็นไปตามแผนแม่บทของการพัฒนาสังคมของประเทศ

ตามในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) ซึ่งจะยังคงยึด คนเป็นศูนย์กลางของ การพัฒนา เพื่อมุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน โดยนำแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาปฏิบัติ ดังนั้น “คน” เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาและเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าประสงค์ที่ต้องการ การพัฒนาคุณภาพคนให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งกายและใจ การพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล จนนำไปสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่เข้มแข็ง จึงต้องศึกษาพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวม และสัมพันธ์เชื่อมโยงระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกมิติของการพัฒนาตลอดทั้งเรียนรู้ เพื่อจะสามารถพัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยการจัดการองค์ความรู้ทุกด้าน และพัฒนาแผนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานข้อมูลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัยและการเข้าถึงบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

สัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 15.30 ในปี 2557 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่ง ในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว

จากการคาด ประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าพบว่าปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี2562 หรือประมาณ 10 ปีข้างหน้า ในด้านของการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วนั้น สถานบริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง นอกจากนี้การสำรวจปี 2550 พบว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้ดูแลตอบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลแต่โดยลำพัง ในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวเริ่มลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

ชาวไทยภูเขา เป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มที่อพยพลงมาจากทางภาคใต้ของประเทศจีนและมาตั้งรกรากที่ประทศไทยโดยประมาณ 150 ปี ซึ่งถือเป็นคนไทยกลุ่มหนึ่ง ปัจจุบันอาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือและภาคกลางตอนบนกระจายใน 20 จังหวัดของประเทศ โดยประมาณมีจำนวนทั้งหมด 800,000 คน และอาศัยอยู่ในจังหวัด เชียงราย เชียงใหม่และพะเยาร้อยละ 70 ของประชากรชาวไทยภูเขาทั้งหมด ส่วนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ปี 2556 มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ทั้งหมด 6 ชนเผ่าหลัก กล่าวคือ ลาหู่ (มูเซอ) อาข่า (อีก้อ) ลีซู กะเหรี่ยง เย้า และม้ง กระจาย ประชากรทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 647 หมู่บ้าน โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและอำเภอแม่จันจำนวน3,095ครัวเรือน ซึ่งแต่ละชนเผ่าจะมีวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา ประเพณีความเชื่อที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามในประชากรเหล่านี้ยังมีบางส่วนยังไม่ได้รับสัญชาติไทยซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปกติแล้วกลุ่มบุคคลดังกล่าวอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนเมือง สามารถดำรงชีวิตตามวิถีประเพณีได้เป็นอย่างดี แต่ภาวะโลกาภิวัฒน์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คนทุกคนในสังคมได้มีการเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร ตลอดทั้งการศึกษาทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดิ้นรนของคนวัยทำงานเพื่อให้คนในครอบครัวมีชีวิตอยู่รอดนำไปสู่การละทิ้งครอบคัว ชุมชน ผู้สูงอายุไว้ในหมู่บ้าน เป็นสภาพสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การพัฒนาด้านต่างๆ ที่คนในชุมชนชาวไทยภูเขาได้ประสบอยู่ในวันนี้ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมาอย่างมากมาย เช่น โรคติดต่อ การบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การละทิ้งผู้สูงอายุโดยไม่มีใครดูแล และประเด็นสำคัญที่สุดคือยังไม่มีระบบการเฝ้าระวังสุขภาพทั้งสุขภาพทางร่างกาย สุขภาพจิต สภาพความปลอดภัยที่อยู่อาศัย ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นระบบ

เนื่องจาก ชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ในพื้นที่สูงในภาคเหนือของประเทศไทย ลักษณะพื้นที่ของการตั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัยนั้นอาจแตกต่างกันในแต่ละชนเผ่า แต่โดยทั่วไปมักนิยมตั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัยตามสันเขาหรือที่ราบเชิงเขาซึ่งเป็นพื้นที่ลาดเท บางชนเผ่า เช่น เผ่าอาข่า มีความเชื่อว่าที่อยู่อาศัยหรือชุมชนต้องอยู่ห่างจากแม่น้ำหรือหนองน้ำ ซึ่งเป็นผลมาจากการแพร่ระบาดของโรคภัยไข้เจ็บบางโรคในอดีต หรือต้องอยู่ห่างจากพื้นที่ราบ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสียหายจากการถูกน้ำท่วมเมื่อมีฝนตกลงมา ในส่วนของตัวบ้านนั้น ชาวเขามัก

นิยมใช้วัสดุจากธรรมชาติ เช่น ใช้ไม้ไผ่หรือไม้เนื้ออ่อนสร้างบ้าน โดยใช้ไม้เนื้อแข็งเป็นเสา และมุงหลังคาด้วยหญ้าคาหรือใบจาก โดยมากไม่มีหน้าต่างเนื่องจากอากาศหนาวเย็นอยู่ตลอดปี อาจใช้พื้นดินเป็นบ้านหรือยกพื้นสูง เพื่อใช้ประโยชน์เช่น เก็บฟืน เลี้ยงไก่ เลี้ยงหมู ภายในตัวบ้านมักนิยมตั้งเตาไฟไว้กลางบ้านเพื่อให้ความอบอุ่นหรือสำหรับประกอบอาหารหรือต้มน้ำชาเพื่อเลี้ยงแขก ใช้ผนังกั้นเพื่อแบ่งออกเป็นห้องต่างๆ โดยมากภายในตัวบ้านมักจะค่อนข้างมืด และเนื่องจากการยกพื้นสูง ทำให้มีประตูทางเข้าออกทางเดียวและมีบันไดสูงชันที่ไม่มีราวกั้นหรือสำหรับจับ และอาจมีชานพักสำหรับการพักผ่อนหรือต้อนรับแขกอยู่หน้าบ้าน

ด้วยสภาพที่อยู่อาศัยของชาวไทยภูเขาที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า มีลักษณะที่ไม่ปลอดภัยหลายประการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาลักษณะที่อยู่อาศัยของชาวไทยภูเขาอย่างจำกัดและไม่ครอบคลุมทุกชนเผ่า ประกอบกับยังไม่เคยมีการศึกษาการประเมินความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยของชาวไทยภูเขาที่เป็นผู้สูงอายุเลย

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงรวมทั้งนักวิจัยจากพื้นที่ จึงมีความสนใจที่จะทำการประเมินความปลอดภัยที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ซึ่งเป็นประเด็นทางกายภาพที่สำคัญประเด็นหนึ่ง เพื่อให้ทราบถึงระดับความปลอดภัยในที่อยู่อาศัยของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มชาวไทยภูเขา การเข้าใจในบริบทของที่อยู่อาศัย ประมวลผลการวิเคราะห์กับลักษณะปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่นั้นสามารถบอกได้ว่าในปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มชาวไทยภูเขา หรือกลุ่มชนชาติพันธุ์มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุอันเนื่องจากสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยหรือไม่ ข้อมูลการวิจัยในส่วนนี้สามารถนำไปสู่การจัดการส่งเสริมสุขภาพหรือสร้างความเข้าใจในการส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชนจัดที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้สูงอายุให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมในชุมชน เกี่ยวกับทำเลที่ตั้งที่อาจมีภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

2) เพื่อประเมินระดับความปลอดภัยสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ ระดับความปลอดภัยที่อยู่สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรชาวไทยภูเขา (อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง เย้า ม้งและลีซู) ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยมีขอบเขตการวิจัยด้านต่าง ๆ ตามตัวชี้วัดการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ 3 องค์ประกอบ ได้แก่องค์ประกอบด้านที่อยู่อาศัย องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบของชุมชน ตัวชี้วัดองค์ประกอบการพัฒนาสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวชี้วัดพื้นฐานในการพัฒนาแบบสอบถาม

1.3.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปร ในการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินตามตัวบ่งชี้ ของ 3 องค์ประกอบในการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ และตัวชี้วัด

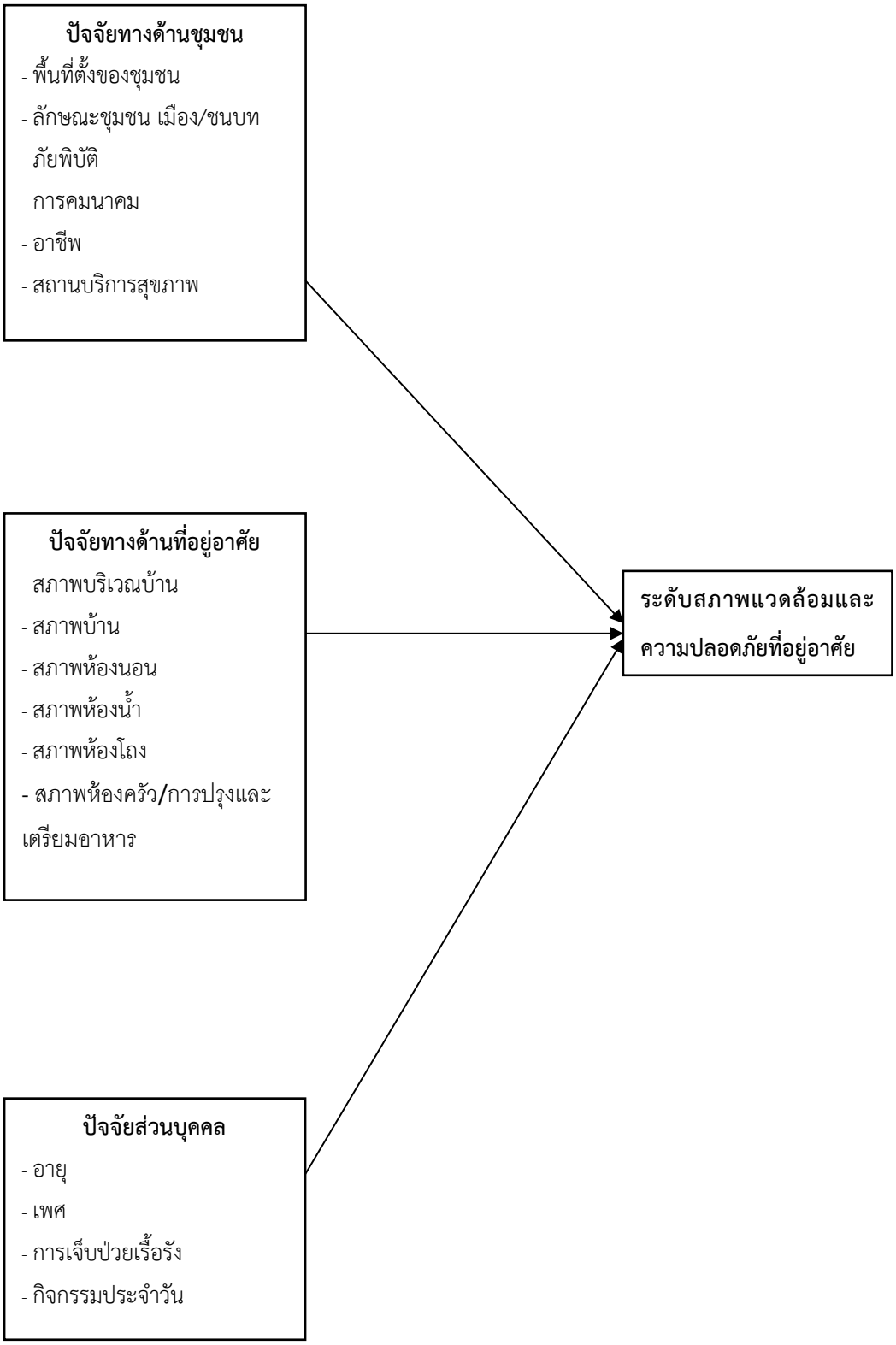
องค์ประกอบการพัฒนาสังคมด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมและการตรวจประเมินสภาพที่อยู่อาศัย เช่น ความส่องสว่างของแสงในห้องน้ำ ทางเดิน ห้องนอน การจัดการห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ สุขาภิบาลอาหารและที่อยู่อาศัย โดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ในการวัด และประเมินสภาพทางกายภาพของชุมชน

1.3.2 ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มประชากรชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยในการได้มาจะเป็นการสุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้แต่ต้น และให้มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรชาวไทยภูเขาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้ง 6 ชนเผ่า จำนวนชนเผ่าละ 100 คนรวมทั้งหมด 600 คน

1.3.3 ขอบเขตด้านสถานที่ เก็บข้อมูลจากพื้นที่ในจังหวัดเชียงราย โดยเฉพาะอำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่จัน อำเภอแม่สรวย อำเภอเวียงป่าเป้า และอำเภอเมืองซึ่งเป็นพื้นที่หลักของที่อยู่อาศัยของกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา

1.3.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการดำเนินงาน 1 ปี 6 เดือน

1.4 กรอบแนวความคิดของการวิจัย



1.5 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1) พื้นที่ตั้งของชุมชน

หมายถึง บริเวณที่ตั้ง พิกัด ลักษณะภูมิประเทศของชุมชน ที่สามารถเทียบเคียงและประเมินเทียบกับแผนที่ภัยพิบัติได้

2) ลักษณะชุมชน เมือง/ชนบท

หมายถึง ลักษณะชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับ ความหนาแน่นของประชากร วัฒนธรรม การประกอบอาชีพ สิ่งอำนวยความสะดวกในด้านการดำเนินชีวิตร่วมกัน

3) ภัยพิบัติ

หมายถึง ภัยอันตรายต่างๆที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และมีผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่ของมนุษย์

4) การคมนาคม

หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่ง ได้แก่ ระยะทาง การขนส่งสาธารณะ ถนน ป้ายจราจร สะพานลอย ทางม้าลาย และสัญญาณไฟจราจร

5) อาชีพ

หมายถึง การทำมาหากินที่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้าง ของกลุ่มตัวอย่าง ณ วันที่สัมภาษณ์

6) สถานบริการสุขภาพ

หมายถึง สถานที่ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ ทั้งเชิงป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็นระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ

7) สภาพบริเวณบ้าน

หมายถึง สภาพบริเวณทั่วไปของบ้าน และสิ่งแวดล้อมโดยรอบ

8) สภาพบ้าน

หมายถึง ลักษณะ รูปแบบ โครงสร้าง วัสดุ ที่ใช้ในการสร้างบ้าน รวมถึงระบบไฟฟ้าภายในบ้าน

9) สภาพห้องนอน

หมายถึง ลักษณะของห้องนอน สภาพพื้น ผนัง เพดาน การระบายอากาศ รวมถึงความสะอาดของเครื่องนอน

10) สภาพห้องน้ำ

หมายถึง ลักษณะของส้วม สภาพพื้น ประตู การระบายอากาศ แสงสว่าง สิ่งอำนวยความสะดวกในห้องน้ำ การระบายน้ำ การกำจัดสิ่งปฏิกูล

11) สภาพห้องโถง

หมายถึง ลักษณะของพื้นที่บริเวณโถงบ้าน สภาพพื้น ประตู หน้าต่าง ผนัง ฝ้า เพดาน พื้น การระบายอากาศ แสงสว่าง

12) สภาพห้องครัว

หมายถึง ลักษณะของสถานที่ที่ใช้ในการประกอบอาหาร ปรุง หรือเตรียมอาหาร รวมถึง ภาชนะในการปรุงอาหาร ลักษณะการปรุงอาหาร วัตถุดิบในการปรุงอาหารและน้ำสำหรับบริโภค

13) อายุ

หมายถึง อายุที่เป็นของตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ในทะเบียนราษฎร์และในบัตรประชาชน หรือ อายุที่กลุ่มตัวอย่างได้บอกแก่นักวิจัย

14) เพศ

หมายถึง คุณลักษณะทางเพศที่เป็นตั้งแต่เกิดของตัวอย่าง โดยการสอบถามและสังเกต โดยเป็น เพศชาย หรือ เพศหญิง

15) การเจ็บป่วยเรื้อรัง

หมายถึง โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องรักษาหรือรับยาอย่างต่อเนื่อง ที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลแก่นักวิจัย

16) กิจกรรมประจำวัน

หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นลักษณะการทำงาน งานอดิเรก หรืออื่นๆที่ทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดทางด้านสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดทางด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

2.4 แนวคิดทางด้านชุมชนและทำเลที่ตั้ง

2.1 แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

ภาวะผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่า นิยามภาวะผู้สูงอายุ 3 ประเด็น กล่าวคือ ภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของบุคคล โดยในการกำหนดอายุของผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยประเทศที่กำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนาผู้สูงอายุ จะเริ่มนับตั้งแต่ 50 ปี หรือ 55 ปี ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเริ่มนับภาวะผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีหรือ 65 ปี ขึ้นไป แต่โดยทั่วไป จะเริ่มนับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงที่เกษียณจากงานประจำแล้ว

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) ได้อธิบายถึงภาวะผู้สูงอายุว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยหรือความพิการเข้าร่วมด้วย ภาวะผู้สูงอายุจึงเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพ การเปลี่ยนแปลงหรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนี้ภาวะผู้สูงอายุยังเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเรียกกระบวนการดังกล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. ด้านสรีรวิทยา
2. ด้านจิตวิทยา
3. ด้านสังคมวิทยา

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 2 ส่วน คือ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงระบบภายในร่างกาย โดยมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย มีดังนี้

1.1.1 *อวัยวะรับรสและกลิ่น* มีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง

1.1.2 *ตา* มีความเปลี่ยนแปลงในการปรับสายตาต่อความมืดและความสว่างลดลง สายตาจะยาว นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะเป็นต้อกระจก

1.1.3 *หู* มีความสามารถในการได้ยินลดลง

1.1.4 *สมอง* เซลล์สมองจะตายไปและจำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ขนาดของสมองลดลง ปลายประสาทและใยประสาทลดลง ผลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมอง กล่าวคือ การรับความรู้สึกน้อยลงและช้า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม หลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องราวในอดีตได้กว่าปัจจุบัน

1.1.5 *หัวใจ* เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืดและมีไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.6 *หลอดเลือดหัวใจ* ภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.7 *ลิ้นหัวใจ* แข็ง ตีบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติด ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง

1.1.8 *ความดันโลหิต* การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบภายในร่างกาย (ธรรมานวัตร์, 2552)

1.2.1 *โครงร่าง*

รูปร่าง จะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้แก่ หลังโก่งงอขึ้น หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงลดลง ไหล่จะแคบลง ทรวงอกลึกขึ้น กระดูกบริเวณสะโพกกว้างขึ้น น้ำหนักตัวลดลง เกิดรอยย่นที่ใบหน้า หนังตาตก จมูกกว้างขึ้น หูยาว กระดูกสันหลัง ของผู้หญิงจะเกิดการโก่งงอได้เร็วกว่าชาย ประมาณครึ่งหนึ่ง พบมากในสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุประมาณ 45 – 55 ปี ฮอร์โมนที่ลดลงไป มีส่วนให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูก และเป็นเหตุให้กระดูกขาท่อนบน และส่วนปลายของกระดูกแขนหักง่าย อีกทั้งเกิดภาวะกระดูกพรุนได้ ผิวหนังบางลง ผิวจะแตกง่าย เหงื่อออกน้อย การดูดซึมสิ่งต่างๆ ทางผิวหนังลดลง การควบคุม อุณหภูมิของร่างกายทำได้ไม่ดี กลิ่นตัวลดลง เส้นผมบนศีรษะลดลง หงอกขาว กล้ามเนื้อ มีการใช้งานน้อยลงและพบการขาดโปแตสเซียมในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุร่วมกับความเสื่อมของโปรตีนในกล้ามเนื้อและการขาดน้ำ ทำให้กำลังการหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงเหนื่อยได้ง่ายและไม่ค่อยมีเรี่ยวมีแรง จึงแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย เพื่อช่วยคืนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมทั้งเพิ่มการกินอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง และดื่มน้ำให้มากๆ

1.2.2 *สมองและระบบประสาท*

สมอง มีน้ำหนักลดลง หลงลืมง่ายขึ้น ความสามารถด้านการพูดจะลดลง ประสาทสัมผัสปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และรับรู้อุณหภูมิ ลดจำนวนลง ทำให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า จึงเป็นเหตุให้เกิดแผลได้ง่าย การรับกลิ่นรับรสลดลงไป ความสามารถในการทรงตัวลดลง มีอาการไม่สมดุลระหว่างที่เดิน จึงต้องเดินกางขาไว้เพื่อกันล้ม มีอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทางอิริยาบถ ประสาทอัตโนมัติและการสั่งเสื่อมลง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ เชื่องช้าลง เคลื่อนไหวช้าลง ตาจะตอบสนองต่อแสงน้อยลง หนาวสั่นได้ง่าย ตัวเย็นได้แม้จะไม่ได้รับความเย็นใดๆ จากภายนอก

1.2.3 *ต่อมไร้ท่อ*

ต่อมใต้สมอง เสื่อมหน้าที่ลง การหลั่งฮอร์โมนจึงลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รูปร่างผอมลง ขนในที่ลับบางลง ผู้หญิงจะมีขนาดอวัยวะเพศเล็กลง พื้นผิวช่องคลอดบางลง ในผู้ชาย ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ตับอ่อน ซึ่งมีหน้าที่สร้างอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายให้อยู่ในสภาพสมดุล จะฝ่อลีบลง ทำให้ระดับน้ำตาลในร่างกายของผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าคนหนุ่มสาว จึงพบโรคเบาหวานได้มากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2.4 *หัวใจและหลอดเลือด*

หัวใจ มีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อัตราการเต้นหัวใจลดลง กำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงพบผู้สูงอายุเกิดหัวใจวายได้ง่าย หลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดแข็งตัวหนาขึ้น ยืดหยุ่นน้อยลง ประกอบกับมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะหลอดเลือดมากขึ้น จึงเกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจก็น้อยลงหัวใจจึงได้รับออกซิเจนน้อยลงไปร่วมกับการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ มีประสิทธิภาพลดลง เราจึงพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุขึ้นได้

1.2.5 *ระบบหายใจ*

หัวใจและหลอดเลือด จะยืดหยุ่นน้อยลง หลอดลมแข็งตัวและมีพังผืดเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกว่าหายใจไม่เพียงพอ ต้องชดเชยด้วยการหายใจให้เร็วขึ้น และหายใจแบบตื้นๆ ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีปอดที่ไม่แข็งแรง การหายใจตื้นๆ นี้มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย

1.2.6 *ช่องปากและระบบบดเคี้ยว*

ฟัน มีการสึกกร่อนจากการบดเคี้ยว หรือจากการแตกร้าวของฟันที่ใช้งานมานาน หรือจากอุบัติเหตุจากการใช้งาน บริเวณคอฟันและรากฟันผุง่ายจากการดูแลความสะอาดไม่ทั่วถึง

เหงือก มีการอักเสบหรือร่นลงจากการใช้งาน คราบหินปูนที่สะสมในปากเป็นเวลานานทำให้เกิด โรคปริทันต์ หรือโรครำมะนาด ทำให้ฟันเกิดการโยกคลอนได้

ต่อมน้ำลาย เกิดความเสื่อมของเซลล์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ร่วมกันกับการสูบบุหรี่ หรือโรคบางอย่าง ทำให้การสร้างและหลั่งน้ำลายลดลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการปากแห้งในช่องปาก

ข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว เสื่อมสภาพหย่อนยานตามวัย เอ็นข้อต่อขากรรไกรหย่อนยานจากการใช้งานมานาน ทำให้ขากรรไกรเคลื่อนที่ไม่ราบรื่น เกิดขากรรไกรค้างขณะที่เคี้ยวอาหารหรือหาวได้

เยื่อเมือกในช่องปาก มีความเสื่อมของเซลล์เหงือก เบ้าฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์และส่วนเคลือบรากฟันขาดเลือดมาเลี้ยง และมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อเส้นใย เซลล์ต่างๆ มีความไวลดลง มีการซ่อมแซมน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น

ลิ้น แดงและเลี่ยนจากเซลล์ลดการเผาผลาญอาหาร ประกอบกับความแข็งแรงของเยื่อบุลิ้นลดลง หรือจากการขาดธาตุเหล็กและวิตามินบี 12

1.2.7 *ทางเดินอาหาร*

กระเพาะอาหาร หลั่งน้ำย่อยลดลง ลำไส้เล็กเคลื่อนไหวเพื่อการย่อยและดูดซึมอาหารลดลง ทำให้อาหารพวกแป้ง คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินดี และแคลเซียม ถูกดูดซึมไปใช้ลดลง มีเศษอาหารคั่งค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้น แต่ความไวจากการถูกกระตุ้นด้วยอุจจาระกลับช้าลง จึงท้องผูกง่าย

ตับ มีขนาดเล็กลง มีพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น เลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง ความสามารถของตับในการทำลายพิษจึงลดลงไป

1.2.8 *ทางเดินปัสสาวะ*

ไต มีหน่วยกรองลดลง การกรองของเสียและการขับยาทางไตลดลง จึงทำให้ประสิทธิภาพในการกำจัดของเสียออกไปจากร่างกาย ลดลงไปด้วย การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องปรับลดขนาดการใช้ยา

กระเพาะปัสสาวะ อ่อนกำลังลง และมีความจุลดลง ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย ๆ กล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะและช่องขับถ่ายเสื่อมลง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้

1.2.9 *ระบบภูมิคุ้มกัน*

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งระบบ ทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิทยา

เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการออกจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตหลังจากที่เคยทำมาในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ลง วงสังคมแคบลงทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ซึ่งอาจจะกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าในตัวเองลดลง และถ้าหากเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ก็จะทำให้เกิดความกระทบกระเทือนจิตใจมากขึ้น และถ้าสุขภาพทางกายแย่ลง ขาดคนช่วยดูแลใกล้ชิดทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้มากขึ้น ความรู้สึกสูญเสียบทบาทในหน้าที่ที่เคยทำ มักเกิดในกลุ่มของคนทำงานมากกว่ากลุ่มที่ทำงานด้านช่างฝีมือ ส่วนด้านการปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัว การปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วย

ความเครียดของผู้สูงอายุ สาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุดังต่อไปนี้

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

สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลและอาจเกิดทุกข์เกี่ยวกับรายได้ที่เคยได้รับ ขาดความเชื่อมั่นในการยอมรับจากคนในสังคมหรือสมาชิกในครอบครัว จึงอาจแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด มีความวิตกกังวล ดังนั้นควรมีการเตรียมตัวสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจก่อนการเกษียณอายุ เช่น มีการเตรียมหางานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ (ในกรณีสุขภาพยังพร้อมและมีประสบการณ์ที่ยังทำงานได้) การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ มีงานอดิเรกทำ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการความเข้าใจ กำลังใจ และการยอมรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมวิทยา

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) กล่าวถึงกระบวนการภาวะสูงอายุทางสังคมวิทยา ว่าในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ทั่วไปในสังคมนั้น ๆ ที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มผู้สูงอายุในสภาพต่าง ๆ สังคมที่เน้นความสำคัญหรือความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มผู้สูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองรู้สึกไร้ประโยชน์และเป็นภาระต่อสังคม แต่สังคมก็ยกย่องว่าผู้สูงอายุมีคุณค่า มีประสบการณ์ เฉลียวฉลาด ให้ประโยชน์แก่สังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ เป็นต้น กลุ่มผู้สูงอายุก็จะผ่านไปสู่บทบาทนั้น ๆ ได้โดยไม่รู้สึกยุ่งยากและกระทบกระเทือนต่อการสูญเสียบทบาทอย่างรวดเร็วนัก อาชีพบางประเภทที่ต้องอาศัยการสะสมของประสบการณ์และความยาวนานที่อยู่ในอาชีพเพื่อการเชื่อถือยอมรับของสังคม ผู้สูงอายุย่อมจะได้เปรียบ และประสบความสำเร็จได้ดีกว่า เช่น ผู้สูงอายุมีอาชีพผู้นำทางการเมือง ผู้บริหารประเทศ หรือที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนา และผู้นำทางธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายหรือหน้าตา รูปร่าง เช่น กรรมกร หรืออาชีพนักแสดงการยอมรับจากสังคม การอยู่ในอาชีพก็เป็นช่วงสั้น จะมีความรู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสีย การยอมรับจากสังคม และยิ่งหากไม่มีการเตรียมตัวที่จะไปสู่วัยสูงอายุ ก็อาจจะมีปัญหาในเรื่องรายได้ และฐานะความเป็นอยู่ทางสังคมได้

2.2 แนวคิดทางด้านสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ (ศรีสันติสุข, 2539)

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะตัว มีความเป็นปัจเจกของตนเองมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะตัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอยู่เดิมของผู้สูงอายุ ดังนั้นทำให้การจัดการบริการใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุไม่อาจทำได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะที่กำหนดเป็นแบบตายตัวของคนสูงอายุแต่ละคนได้ การศึกษาเพื่อสนองความต้องการของคนสูงอายุจึงทำได้ยาก เพราะต้องคำนึงถึงความแตกต่างในลักษณะสังคมเศรษฐกิจและลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละคนดังกล่าวด้วย

ความต้องการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ มี 2 ประการ คือ

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือความต้องการได้รับความช่วยเหลือ ทางด้านการเงิน จากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อาจจะให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพ แต่ถ้ากล่าวถึงความมั่นคงทางสังคม ก็ต้อง

เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำเหน็จบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชราเพื่อให้ทุกคนมีรายได้เมื่อถึงภาวะสูงอายุ

2. ความต้องการทางด้านที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย เช่นผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในบ้านของตนเองหรือบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

แนวทางที่ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท

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

1.1 ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่านานเท่าที่จะเป็นไปได้หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้นมีความหมายหรือเมื่อถึงแก่ความตาย

1.2 ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพร่างกายและสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังงานและศักยภาพดังกล่าวสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและธำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ความชำนาญ ทรัพย์สมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ เป็นต้น

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

ปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัญหาด้วยกันคือ ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการขาดความรักเอาใจใส่ ปัญหาทางสังคม และปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัญหาการเจ็บป่วย คือ การมีความเสื่อมโทรมทางร่างกายซึ่งจะส่งผลถึงจิตใจด้วย จะทำให้จิตใจไม่สบาย หงุดหงิดง่าย ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะที่สมดุล แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคบางชนิด อาการป่วย เช่น ความเจ็บป่วย เมื่อยล้า ความทุกข์ที่เกิดทางกายและส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันการมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น การวิตกกังวลก็จะแสดงออกอาการทางด้านร่างกาย

เช่น การนอนไม่หลับ ปวดท้อง เป็นต้น จะพบว่าปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารการขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ความจำเสื่อมและภาวะสับสน ภาวะจิตใจเศร้า นอกจากนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นได้และควรระมัดระวังคืออุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

2. ปัญหาการขาดความรักความเอาใจใส่ ความรักความเอาใจใส่เป็นสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย ผู้สูงอายุต้องการความรักความอบอุ่นทางด้านจิตใจหรือความเอาใจใส่จากบุตรหลานแต่อาจจะไม่แสดงออกให้เห็น แต่เนื่องจากสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไปประกอบกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ละเลย หรือไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุ ได้รับการตอบสนองในสิ่งเหล่านี้ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแจ่มใสขึ้นและใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

3. ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพบางอย่างทางสังคมทำให้บทบาทของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุจากงาน ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมปัจจุบันทำให้ความคิด ค่านิยมของเด็กที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือ ให้การยอมรับและการเคารพน้อยลง เป็นต้น

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สภาพเศรษฐกิจมักก่อให้เกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีหรือไม่ดี ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีก็อาจมีความทุกข์ เนื่องจากเกิดความกลัวว่าบุตรหลานจะแย่งชิงสมบัติกัน หรืออาจมีคนไม่ซื่อสัตย์มาคดโกง ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาวะของบุตรหลาน ต้องคอยรับความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ทำให้บุตรหลานลำบากประกอบกับในสังคมปัจจุบันโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุลดน้อยลง เพราะสังคมพยายามจัดการทำงานแบบมีประสิทธิภาพ คนทำงานจะได้รับการเลือกเฟ้นให้ทำงานในวัยและระยะเวลาที่เขาสามารถทำได้มากที่สุดเท่านั้น และแนวโน้มที่จะให้คนงานออกเมื่อถึงเวลาอันสมควรจึงเป็นเหตุให้ไม่มีที่ทำงานสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องระเหเร่ร่อน หรืออาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์คนชราซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย

2.3 แนวคิดทางด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

ที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสำคัญของมนุษย์ที่ทุกคนเกิดมาจะต้องมีเพื่อเป็นที่พักผ่อนนอนหลับหรืออยู่กินเป็นประจำของตนเองและครอบครัว โดยที่อยู่อาศัยที่ดีสะอาดและถูกสุขลักษณะตามหลักสุขาภิบาล จะช่วยส่งเสริมให้ผู้อาศัยมีความสุขและสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุและโรคติดต่อที่เกิดจากที่พักอาศัยเป็นสาเหตุได้

การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งหมดของมนุษย์ที่กระทำหรืออาจกระทำให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาการทางด้านสุขภาพร่างกายและการมีชีวิตอยู่รอดของมนุษย์ อนามัยสิ่งแวดล้อม สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี อนามัยมิได้ หมายถึง แต่เพียงปราศจากโรคเท่านั้น

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวมนุษย์ ซึ่งมีทั้งสิ่งมีชีวิตและสิ่งที่ไม่มีชีวิต ทั้งที่เป็นรูปธรรมซึ่งจับต้องได้มองเห็นได้ อาจแบ่งได้เป็น “สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ตามธรรมชาติ” เช่น ดิน น้ำ อากาศ แร่ธาตุ

รวมถึง มนุษย์ด้วยกัน สัตว์ ต้นไม้ ฯลฯ และ “สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น” เช่น อาคารบ้านเรือน ยานพาหนะ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น วัฒนธรรมประเพณี สิ่งแวดล้อมทางสังคมการเมือง ฯลฯ

อนามัยสิ่งแวดล้อม จึงหมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพอนามัยของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวมนุษย์

ที่อยู่อาศัย หมายถึง อาคารบ้านเรือน รวมถึงตึก โรง และแพที่มนุษย์จัดสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นที่อยู่อาศัยทั้งกลางวันและกลางคืน ภายในที่อยู่อาศัยประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ที่ต้องการมีทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย อุปกรณ์และสิ่งที่ใช้สอยที่จำเป็นตามความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ที่ดีงามทั้งส่วนตัวและครอบครัวของผู้พักอาศัย

การสุขาภิบาลที่อาศัยและสถาบัน หมายถึง การจัดการและควบคุมดูแลที่อยู่อาศัยหรือสถาบันให้สะอาดถูกสุขลักษณะ โดยจัดการให้ได้ตามความต้องการขั้นมูลฐานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจัดให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุและการเกิดโรคระบาดในผู้พักอาศัยหรือผู้ใช้บริการด้วย

ความจำเป็นที่ต้องจัดการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัย เป็น 1 ในปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ความพึงพอใจด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ทางกายภาพมี 4 ด้านหลักๆ ดังนี้ (Rioux and Werner, 2010) ที่ตั้ง ที่มีความสะอาดร่มรื่น ปลอดภัย และมีสถานที่สำหรับการเดิน วิ่ง หรือออกกำลังกาย การเข้าถึงบริการต่างๆ ระยะทางไม่ไกลสามารถเดินเพื่อไปใช้บริการร้านค้าหรือสถานที่ต่างๆได้โดยสะดวก ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน มีทัศนคติที่ดีต่อกัน มีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การตกแต่งภายในบ้านพักอาศัย ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิต

Cresci (2005) ได้สรุปกรณีศึกษาด้านความปลอดภัยในบ้าน พบว่า อุบัติเหตุของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในบ้านนั้น มี 2 ปัจจัย ด้วยกันคือปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

1) ปัจจัยภายใน ได้แก่สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งเนื่องมาจากโรคประจำตัว การใช้ยา ระบบประสาทสัมผัสด้านการมองเห็น การได้ยิน การตอบสนองต่อสิ่งเร้า การทรงตัวที่เสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการทำงานที่ลดลง ซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมการใช้ชีวิตในแต่ละวัน การใช้สิ่งอำนวยความสะดวกประจำวัน การรับรู้ความแข็งแรงของร่างกาย และประเด็นสุดท้ายคือเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มรวมถึงรองเท้าที่สวมใส่
2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบการรักษาความปลอดภัยภายในบ้าน การป้องกันการลื่น สะดุด หรือตกจากที่สูง อุปกรณ์ไฟฟ้า การใช้สารเคมี เช่น สารทำความสะอาด และการป้องกันและระงับอัคคีภัย

ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Golant, 2011) ผู้สูงอายุเรียกร้องเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของที่พักอาศัยมากขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา เพื่อหวังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในด้านความปลอดภัย ความสะดวกสบายในการเดินทางไปสถานที่ต่างๆ เพื่อนบ้าน การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสิ่งที่พบในปัจจุบันคือ

ผู้สูงอายุจำนวนมาก ปฏิเสธที่จะอยู่บ้านพักคนชรา เนื่องจากมีความต้องการเป็นอิสระจากกฎระเบียบต่างๆ ดังนั้นการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญมากต่อผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะที่อยู่อาศัย ทั้งในส่วนของโครงสร้างและการบำรุงรักษา เช่น ประสิทธิภาพของอุปกรณ์ส่องสว่าง ความเสื่อมถอยของอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้าน ความยาก-ง่ายในการเปิด ปิด ประตูหน้าต่าง น้ำรั่วซึม หรือการถ่ายเทอากาศที่ไม่ดี เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพได้ หากได้รับการบำรุงรักษาให้กลับมาใช้งานได้อย่างปกติ ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยในการพักอาศัยมากขึ้น

Ping and Xiaohua (2012) ได้รับศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล้มของผู้อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยปัจจัยหนึ่งที่เลือกมาศึกษาคือ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งคำนึ่งถึง ทางเดินเท้าที่ไม่สม่ำเสมอ/ชำรุดเสียหาย ความสว่างของทางดิน การกีดขวางของเครื่องเรือนที่สูงเกินไปหรือวางในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมและรองเท้าที่ใช้ มาตรการป้องกันที่งานวิจัยนี้แนะนำไว้คือ การวางผังบ้านหรือทางเดินที่ปลอดภัย พื้นทางเดินต้องเรียบ แห้ง หากทำจากไม้จะดี แสงสว่างตลอดทางเดินควรที่ความพอเพียงให้ผู้สูงอายุเห็นได้ชัด เครื่องเรือนที่ใช้ต้องไม่อ่อนนุ่ม เก้าอี้ที่ใช้ควรจะสูงเพื่อให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนได้ง่าย

ลักษณะปัญหาพื้นฐานของการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยทั่วไปและสำหรับผู้สูงอายุคือ น้ำดื่มน้ำใช้ไม่สะอาด ไม่เพียงพอ ความสะอาดและความปลอดภัยของห้องน้ำห้องส้วม ความสะอาดของสถานที่อาบน้ำ มีห้องพักรวมกันอยู่หลายคน พื้นที่ห้องนอนแคบ อาคารบ้านพักอาศัยมีทางออกทางเดียว ไม่มีไฟฟ้าใช้ แสงสว่างไม่เพียงพอ ห้องไม่มีหน้าต่างและที่ระบายอากาศเพียงพอ ที่พักอาศัยมีสภาพทรุดโทรม บริเวณบ้านสกปรก มีน้ำขัง

หลักการที่สำคัญในการจัดที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ มี 4 ประการ ดังนี้

1. การจัดที่อยู่อาศัยให้ได้ตามความต้องการขั้นมูลฐานทางร่างกาย ที่สำคัญได้แก่ การระบายอากาศ แสงสว่าง การปราศจากเหตุรำคาญ พื้นที่บริเวณบ้านหรือที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือบ้านที่มีผู้สูงอายุ

2. การจัดที่อยู่อาศัยให้ได้ตามความต้องการทางจิตใจ ที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะจะต้องมีสภาพที่ช่วยส่งเสริมผู้อาศัยให้มีความสุขสบายทางจิตใจ ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้อยู่อาศัยแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันไป แต่ความสบายใจนั้นส่วนใหญ่เกิดจากสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย ความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านจิตใจของผู้อาศัยที่สำคัญ คือ ความเป็นสัดส่วนของที่อยู่อาศัยและความเป็นอิสระและควรอยู่ห่างจากสิ่งรบกวน ห้องนอนควรจัดให้พอเหมาะไม่แออัด ความสวยงามและความเป็นระเบียบเรียบร้อย ควรมีลักษณะที่น่าดู สวยงาม จึงจะทำให้ผู้อยู่อาศัยมีความสุขสบายในจิตใจ ความสะอาดที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา เพราะทำให้เกิดความสบายใจและสบายเมื่อพบเห็น รวมทั้งของเสียจะต้องได้รับการจัดเก็บให้เรียบร้อย จัดให้มีความสะดวกสบายแก่ผู้อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นขั้นมูลฐานด้านต่างๆ

3. การป้องกันอุบัติเหตุในที่อยู่อาศัย อุบัติเหตุ คือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมายมาก่อนหรือจงใจให้เกิดขึ้น จะต้องมีการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ไว้ล่วงหน้า และหาทางแก้ไขปัญหาด้วย เช่น สร้างที่อยู่อาศัยให้มั่นคงแข็งแรง สร้างที่อยู่อาศัยให้มีการป้องกันอัคคีภัยและมีทางหนีไฟ การป้องกันอันตรายที่เป็นอุบัติเหตุจากภัยธรรมชาติ การป้องกันอุบัติเหตุจากแมลงและสัตว์กัดต่อยและการใช้ยาฆ่าแมลง การป้องกันการรุกรานจากโจรผู้ร้าย การบำรุงรักษาซ่อมแซม การเลือกทำแลสร้างที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

4. การควบคุมและป้องกันการเกิดโรคติดต่อในที่อยู่อาศัย การควบคุมและการป้องกันการเกิดโรคและการระบาดของโรคติดต่อในที่อยู่อาศัยนับว่าสำคัญ บ้านที่ไม่ถูกสุขลักษณะจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค และทำให้เกิดโรคติดต่อระบาดขึ้นในหมู่ผู้พักอาศัย สิ่งจำเป็นทางด้านการสุขาภิบาลในที่อยู่อาศัยที่ควรพิจารณาได้แก่

ก. น้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำที่จัดไว้สำหรับดื่มและใช้ในที่อยู่อาศัยควรจะต้องสะอาดได้มาตรฐานน้ำสะอาดและมีปริมาณเพียงพอแก่การใช้ในครอบครัวหรือผู้อยู่อาศัย

ข. การกำจัดอุจจาระ ภายในที่อยู่อาศัยจะต้องมีที่สำหรับกำจัดอุจจาระที่ถูกสุขลักษณะ โดยปกติแล้วเป็นส้วมซึม ส้วมชักโครก หรือส้วมถังเกรอะ ซึ่งควรมีเพียงพอแก่ผู้พักอาศัย

ค. การกำจัดขยะมูลฝอย ตามอาคารที่อยู่อาศัยควรได้จัดให้มีการเก็บรวบรวมขยะมูลฝอยในถังขยะที่ถูกสุขลักษณะ ไม่ให้เป็นที่เพาะพันธุ์แมลงและเชื้อโรค

ง. การกำจัดน้ำเสีย น้ำเสียที่เกิดขึ้นตามอาคารที่อยู่อาศัยควรจัดเก็บรวบรวมและกำจัดที่ถูกต้อง อย่าให้เกิดการปนเปื้อนสู่แหล่งน้ำและอาหาร

จ. การเก็บรักษาอาหารและการถนอมอาหารเพื่อบริโภค การเก็บอาหารที่สามารถเน่าเสียได้ ควรเก็บไว้ในที่ที่มีอุณหภูมิต่ำ

ฉ. การควบคุม ป้องกันแมลงและสัตว์พาหะนำโรค อาคารที่พักอาศัยต่าง ๆ ควรได้มีการควบคุมป้องกัน และกำจัดแมลงและสัตว์พาหะนำโรค

ปัญหาการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

1. สภาพของที่อยู่อาศัยโดยทั่ว ๆ ไปส่วนใหญ่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งในด้านแสงสว่าง การระบายอากาศ และขาดสิ่งอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการสุขาภิบาลในบ้านพัก เช่น การประปา ไฟฟ้า การจัดการขยะมูลฝอย น้ำโสโครก แมลง การมีส้วมใช้ ตลอดจนความสะดวกสบายและความปลอดภัย

2. สภาพทางสังคม สภาพทางสังคมบางอย่างเป็นสาเหตุของปัญหาและเป็นอุปสรรคในการแก้ปัญหา เช่น ความยากจนของประชาชน การอพยพย้ายถิ่น การจัดบริการที่อยู่อาศัยโดยรัฐและเอกชนยังจัดทำได้ไม่ทั่วถึง การจัดบริการด้าน ประปา ไฟฟ้า ถนน รัฐยังจัดให้มีได้น้อยมาก ความเคยชินของประชาชนบางอย่างทำให้ขาดความสนใจในการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ในด้านมาตรการทางกฎหมาย การวางผังเมืองทั้งชุมชนในเมืองและชนบทยังไม่มี

การสุขาภิบาลอาหาร

การสุขาภิบาลอาหาร (Food Sanitation) หมายถึง การดำเนินการด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่จัดการเกี่ยวกับอาหารทั้งในเรื่องของการปรับปรุง การบำรุงรักษา และการแก้ไขเพื่อให้อาหารที่บริโภคเข้าไปแล้วมีผลดีต่อสุขภาพอนามัยโดยให้อาหารมีความสะอาด ปลอดภัยและมีความน่าบริโภคอาหาร หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่

1) วัตถุทุกชนิดที่คนกิน ดื่ม อม หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด ๆ หรือในรูปลักษณะใด ๆ แต่ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษ
2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหาร รวมถึงวัตถุเจือปนอาหาร สี และเครื่องปรุงแต่งกลิ่น – รส

Yeung และ Chan (2012) ได้นำวิธีการวัดบรรยากาศความปลอดภัยในบ้านพักผู้สูงอายุซึ่งพัฒนาโดย the Occupational Safety and Health Council (OSHC) มาใช้ประโยชน์ในการวัดการรับรู้ถึงความปลอดภัยของพนักงานในบ้านพักผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษามีทั้งหมด 7 ปัจจัยดังนี้

1) ความมุ่นมั่นและใส่ใจของฝ่ายบริหารต่อความปลอดภัย(Management commitment and concern to safety)

2) ความพอเพียงของทรัพยากรเพื่อสนับสนุนด้านความปลอดภัยและประสิทธิภาพของทรัพยากรเหล่านั้น (Resources for safety and its effectiveness)

3) พฤติกรรมเสี่ยงและการรับรู้ความเสี่ยงในที่ทำงาน (Risk taking behavior and perception of work risk)

4) การรับรู้ถึงกฎระเบียบและวิธีการด้านความปลอดภัย (Perception of safety rules and procedures)

5) การมีส่วนรวมส่วนบุคคลในด้านสุขภาพและความปลอดภัย (Personal involvement in safety and health)

6) ทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงานและอิทธิพลของเพื่อนรวมงานต่อทัศนคตินั้น(Safe working attitude and workmate’s influence)

การส่งเสริมและการสื่อสารด้านความปลอดภัย(Safety promotion and communication)

ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือที่ปรับปรุงขึ้นมานี้มีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือสำหรับใช้ในการตัดสินใจสร้างที่พักอาศัยของผู้สูงอายุและประเมินการรับรู้ด้านความปลอดภัยในสถาบันของพวกเขา

สรุปบ้านที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรมีลักษณะดังนี้

1) *บ้านและทางเดิน* ควรเป็นระดับเดียวกัน และใช้วัสดุที่เปียกน้ำแล้วไม่ลื่น ไม่ควรทำพื้นต่างระดับหรือธรณีประตู และไม่ทิ้งสิ่งกีดขวางให้เกะกะ ทางเดิน เพราะอาจจะเกิดการสะดุดล้มได้

2) *บันได* ควรจัดให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องใช้บันไดหรือใช้ให้น้อยที่สุด บันไดควรมีราวจับทั้ง 2 ด้านบันไดแต่ละขั้นควรสูงน้อยกว่า 15 ซม. และมีความลึกของบันไดมากกว่า 30 ซม.

3) *ราวจับ* ควรมีตลอดแนวทางเดิน ราวจับควรมีลักษณะกลม มีขนาดที่จับได้พอเหมาะ และควรอยู่สูงพอที่จะจับได้ถนัด (ประมาณ 75 ซม.จากพื้น) ภายในห้องต่าง ๆ ทุกห้องควรมีราวจับเพื่อช่วยพยุงตัวเวลาลุกยืนหรือเดิน

4) แสงสว่าง ภายในบ้านโดยเฉพาะ ห้องน้ำ ทางเดินและบันไดควรจัดให้มีความสว่างที่เพียงพอ ไม่มืดแต่ก็ ไม่ควรสว่างจ้าเกินไปเพราะทำให้ตาพร่าได้

5) เฟอร์นิเจอร์ ควรมีความสูง–ต่ำที่พอเหมาะ การจัดวางสิ่งของก็ไม่ควรวางสูงจนต้องเขย่งขาหรือต่ำจนต้องก้มหรือคุกเข่าเพื่อหยิบของควรใช้เครื่องอำนวยความสะดวกในการทำความสะอาดบ้าน เช่น ใช้ไม้ถูพื้นแทนการนั่งถูพื้นควรยืนรีดผ้าแทนการนั่ง ของใช้ในตู้ที่ใช้บ่อยควรวางในระดับที่หยิบได้พอดีควรให้ผู้สูงอายุนอนบนเตียงและนั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูงระดับหัวเข่า

6) ห้องน้ำ ห้องน้ำเป็นส่วนที่สำคัญและมักจะเป็นสถานที่ที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด พื้นห้องน้ำควรเป็นระดับเดียวกัน ไม่มีธรณีประตูหรือพื้นต่างระดับ และ ผ้าเช็ดเท้าควรจะไม่หนาเกินไปเพราะอาจทำให้สะดุดหรือ เหยียบแล้วลื่นได้ วัสดุที่ปูพื้นห้องน้ำก็ต้องไม่ลื่นเมื่อเปียกน้ำ ควรใช้โถนั่งหรือชักโครก ควรมีที่นั่งเพื่อนั่งเวลาอาบน้ำหรือสระผมมีราวจับช่วยพยุงตัว ก็อกน้ำควรเป็นแบบคันโยกโดยใช้มือดึงหรือดันเพื่อปิด-เปิดน้ำ ไม่ควรเป็นแบบลูกบิดหรือแบบหมุนไม่ควรลุกเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน ควรใช้กระโถนหรืออุปกรณ์ขับถ่ายข้างเตียงจะดีกว่า

7) ประตู ควรเป็นแบบเลื่อน ซึ่งเปิด-ปิดโดยใช้แบบมือจับดึงหรือดัน ไม่ควรใช้ลูกบิดประตูควรกว้างพอสำหรับการเข้าออกพร้อมกัน 2 คน เผื่อว่าจะต้องมีคนช่วยพยุง หรือ กว้างพอที่จะเข็น รถเข็นเข้าออกได้สะดวก

8) ทางเดิน ในบริเวณห้องต่าง ๆ ในบ้านและทางเดินควรมีสวิตซ์ฉุกเฉินเป็นระยะ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจะได้ขอความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

2.4 แนวคิดทางด้านชุมชนและทำเลที่ตั้ง

นอกเหนือปัจจัยจากลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุแล้ว ทำเลที่ตั้งก็มีผลเกี่ยวกับการเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติต่างๆ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ดินโคลนถล่ม ภัยแล้ง ภัยหนาว ซึ่งกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งสิ้น สำหรับประเทศไทย และกลุ่มประเทศอาเซี่ยน ร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม ได้ทำความตกลงอาเซียนว่าด้วยการจัดการภัยพิบัติและการตอบโต้ สถานการณ์ฉุกเฉิน (ASEAN Agreement on Disaster Management and Emergency Response: AADMER) โดยการกำหนดกรอบความร่วมมือกันอย่างครบวงจร การดำเนินงานในส่วนของชุมชน เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยขับเคลื่อนและร่วมกันแก้ไขปัญหา เช่น กรณีศึกษาเหตุการณ์มหาอุทกภัยจังหวัดชัยนาท พ.ศ.2554 (ยุพิน ขำนิล, 2554) กล่าวว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีศักยภาพสูงมากในการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของโครงการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องความแข็งแรงทางกาย หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมแล้ว ผู้สูงอายุสามารถมีความพร้อมที่จะปกป้องตัวเอง และช่วยเหลือผู้อื่นในภาวะฉุกเฉิน

Gutman และ Yon (2014) เสนอแนะสิ่งที่ควรจะพัฒนาปรับปรุงเพื่อลดผลกระทบต่อผู้สูงอายุเนื่องมาจากภัยพิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากพบปัญหาว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเกิดภัยพิบัติ เพราะไม่เคยได้รับการอบรมหรือให้ความรู้ ส่วนในชุมชนก็ต้องสร้างเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ

Coty (2015) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ว่าปัจจัยเหล่านั้น มีผลต่อการเกิดอัคคีภัยหรือ การฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมรับมือหรือไม่ ซึ่งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีแนวโน้มว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านสิ่งแวดล้อม เกี่ยวกับ โครงสร้างบ้าน อายุของตัวบ้าน ขนาดพื้นที่ และวัสดุที่ใช้ในการก่อสร้าง 2) ด้านทรัพยากรที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและข้อจำกัดด้านการเงิน

ภัยพิบัติและผลกระทบภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภัยพิบัติ หมายถึงเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสังคมมนุษย์ในวงกว้าง เกิดความเสียหายต่อชีวิตทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เกินขีดความสามารถที่จะบริหารจัดการได้จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในระดับชาติและนานาชาติ (World Health Organization, 2008) อุบัติการณ์การเกิดภัยพิบัติของศูนย์วิจัย และระบาดวิทยาด้านภัยพิบัติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 - 2012 พบว่ารายงานการเกิดภัยพิบัติทั่วโลกทั้งสิ้น 6,699 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตจากภัยพิบัติ 1,149,920 รายผู้ได้รับผลกระทบ 2,167,404 รายคิดมูลค่าความเสียหาย 1,571,681 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐฯ (International Federation of Red Cross & Red Crescent Societies, 2013) ประเทศไทยตั้งอยู่ในทวีปเอเชียเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดภัยพิบัติสูงสุดในโลก และตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงและเกินความคาดหมายเนื่องจากอุณหภูมิของน้ำทะเลระหว่างสองมหาสมุทรมีความแตกต่างกัน ทำให้ต้องมีการเพิ่มขีดความสามารถในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับมือมากขึ้น เพราะไม่สามารถลอกเลียนแบบการรับมือแบบเดียวกับภูมิภาคอื่นได้ (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2555) ดังเหตุการณ์พายุไต้ฝุ่นไห่เยี่ยนหรือไต้ฝุ่นโยลันดาที่พัดขึ้นฝั่ง ของประเทศฟิลิปปินส์ ระดับความเร็วลมสูงสุดตามค่าเฉลี่ย 1 นาที ที่ 315 กม./ชม. ทำให้พายุไต้ฝุ่นไห่เยี่ยนเป็นพายุหมุนเขตร้อนที่มีความรุนแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ที่ได้พัดขึ้นฝั่งส่งผลให้มีผู้ได้รับผลกระทบและไร้ที่อยู่อาศัย ประมาณ 11 ล้านคน (National Disaster Risk Reduction & Management Council, 2013) สถิติภัยพิบัติย้อนหลังของประเทศไทย พบว่าช่วงปี พ.ศ. 2532 - 2555 เกิดอุทกภัยมากกว่า 40,000 ครั้ง วาตภัย 36,024 ครั้ง ดินโคลนถล่ม 35 ครั้ง และสึนามิ 1 ครั้ง ซึ่งภัยพิบัติที่พบมากในประเทศไทยคือภัยพิบัติธรรมชาติที่เกิดตามฤดูกาล ทำให้การเตรียมความพร้อมต่อภัยพิบัติขนาดใหญ่มีค่อนข้างน้อย (โครงการสุขภาพคนไทย, 2556) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าภัยพิบัติมีอุบัติการณ์การเกิดและทวีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลกระทบต่อมนุษยชาติอย่างมหาศาล

Tuohy และคณะ (2014) ได้ศึกษาวิธีการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุกรณีพิบัติภัยแผ่นดินไหวในแคนเทอเบอรี่ นิวซีแลนด์ เพื่อลดผลกระทบจากภัยแผ่นดินไหวซึ่งส่งผลกระทบต่อการป่วยและการตายผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งมีโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตัวอย่าง 10 ท่าน และใช้การวิเคราะห์แบบใส่รหัสและแปลความหมายรูปแบบของมูลโดยอาศัยทิศทางหลัก สาม ทิศทาง ได้แก่การป้องกันส่วนบุคคล, การเตรียมความพร้อมในทางปฏิบัติ และการเตรียมความพร้อมในทางสังคม ในด้านการป้องกกันส่วนบุคคลนั้น

ต้องคำนึงถึงความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุการ ข้อความในการสื่อสารต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ในส่วนของการเตรียมความพร้อมในทางปฏิบัติของผู้สูงอายุนั้นพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือแผ่นดินไหวทั้งก่อนหน้า หรือหลังจากเกิดภัยพิบัติแล้ว แสดงให้เห็นว่าระบบเตรียมความพร้อมในทางปฏิบัตินั้นไม่สามารถเข้าถึงบุคคลที่ยังไม่มีข้อมูล, บุคคลที่ไม่สามารถบรรเทาผลกระทบจากภัยพิบัติได้เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์พร้อม หรือเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติล้าช้าเนื่องจากปฏิกิริยาทางสังคมที่มีต่อภัยพิบัติ ในด้านการเตรียมความพร้อมในทางสังคม หน่วยสนับสนุนทางด้านสุขภาพ สวัสดิการ และองค์จัดการด้านเหตุฉุกเฉินต้องทำงานรวมกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้การส่งเสริมด้านความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุระหว่างเพื่อนบ้าน ชุมชน และองค์กรข้างต้นจะช่วยให้สังคมมีความพร้อมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในเหตุแผ่นดินไหวมากขึ้น

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ได้ศึกษาและพัฒนามาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและได้แสดงไว้อย่างชัดเจนว่าคุณภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทยต้องผ่านการประเมินคุณภาพด้านตัวชี้วัดต่าง ๆหลายตัว แต่ที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยคือ กลุ่มที่ 5 และ 6 ผู้สูงอายุควรอาศัยอยู่ในที่อยู่อาศัยด้านที่ 6

ความปลอดภัยองค์ประกอบด้านที่ 5 ที่อยู่อาศัย มี 7 ตัวบ่งชี้

1) อัตราผู้ที่อยู่อาศัยในสภาพผุพัง
2) อัตราผู้ประสบปัญหาที่อยู่อาศัยจากอัคคีภัย
3) อัตราผู้ใหญ่ที่ไม่มีห้องส่วนตัวในที่อยู่อาศัย
4) อัตราผู้ถูกไล่รื้อหรือหรือถูกบังคับให้ออกจากที่อยู่อาศัย
5) อัตราครัวเรือนที่ไม่มีน้ำประปา
6) อัตราครัวเรือนที่ไม่มีไฟฟ้า
7) อัตราครัวเรือนที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออุบัติภัยจากวัตถุอันตรายหรือสารพิษ

ด้านที่ 6 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 3 ตัวบ่งชี้

1) อัตราผู้ป่วยจากมลพิษทางอากาศ
2) อัตราผู้ป่วยที่ใช้แหล่งน้ำธรรมชาติที่มีสารพิษปนเปื้อน
3) อัตราผู้ได้รับอันตรายจากสารเคมีทางการเกษตร

และในตัวตัวชี้วัดองค์ประกอบการพัฒนาสังคม ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมมี 5 ตัวชี้วัด

1) มีที่พักอาศัยคงทนถาวร (10 ปีขึ้นไป)
2) มีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยและที่ทำกิน
3) มีระบบป้องกันภัยให้รู้สึกปลอดภัย ทั้งร่างกาย จิตใจ
4) ช่วยกันปลูกป่าและรักษาสาธารณสมบัติ
5) ทรัพยากรในชุมชนเป็นทุนธรรมชาติของชุมชนไม่ใช่ของนายทุน

บทที่ 3
ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

3.1 ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัย Cross-sectional study design

3.2 พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือ จังหวัดเชียงราย โดยจะดำเนินการสุ่มเก็บข้อมูลจากหมู่บ้านที่มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่

3.3 กลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษาในครั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในวันที่เก็บข้อมูล และเป็นชาวไทยภูเขา ชนชาติพันธุ์อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า และลีซู

3.4 การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{d^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

n = Sample size

N = Total number of population who live in the study areas

P = Proportion of events in the population (0.21)(กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

Q = Proportion of failures in the population (0.79) (กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

Z = Standard normal deviation

d = Allowable error

3.5 การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา

ในกระบวนการเก็บข้อมูล นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลประชากรชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย จากทั้งหมด 647 หมู่บ้าน โดยมีอาข่า 243 หมู่บ้าน ลีซอ มี 35 หมู่บ้าน กะเหรี่ยง มี 36 หมู่บ้าน ม้ง มี 56 หมู่บ้าน เย้ามี 63 หมู่บ้าน ลาหู่มี 316 หมู่บ้าน

นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มแบบง่าย โดยเขียนชื่อ หมู่บ้านลงไปแล้วจับสลาก ขึ้นมา และดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยวิธีสุ่มแบบง่าย เพื่อให้ได้ จำนวน 15 คน ต่อหมู่บ้าน (10 คนสำหรับผู้ที่มีบัตรประชาชน และ อีก 5 คน เป็นคนที่ไม่มีบัตรประชาชนคนไทย) ดังนั้น ดังนั้นต้องการ 10 หมู่บ้านในแต่ละชนเผ่า ทั้งหมด จึงเป็น 60 หมู่บ้าน

3.6 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 547 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย 10% นั้น ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 601 คน (ชนเผ่าละ 100 คน)

แต่อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลในส่วนของกลุ่มผู้ที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนด้วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จะสุ่มเก็บกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 130 คน (ผู้ที่มีบัตรประชาชน 100 คนและไม่มีบัตรประชาชน 30 คน) ต่อชนเผ่า รวมทั้งหมด 6 ชนเผ่า ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 780 คน

3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบประเมินระดับความเสี่ยงในที่อยู่อาศัยและในชุมชน เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์สำหรับตรวจวัด และวิธีการตรวจวัดในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์สำหรับคุณภาพของตัวอย่างน้ำที่ใช้ในการอุปโภคและบริโภค ซึ่งเก็บจากพื้นที่ศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ใช้แบบสอบถามทั่วไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแบบสอบถามด้านสุขภาพ
2. ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย
   2.1) ใช้แบบประเมิน “การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย” ชุดที่ 1 ซึ่งใช้ประเมินความเสี่ยงของสภาพที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของที่อยู่อาศัย ส่วนที่ 2 บริเวณบ้าน ส่วนที่ 3 ห้องนอน ส่วนที่ 4 ห้องน้ำ ส่วนที่ 5 ห้องครัว และส่วนที่ 6 ห้องโถง ห้องรับแขก
   2.2) ใช้เครื่องมือวัดทางวิทยาศาสตร์ได้แก่ Lux meter สำหรับการตรวจวัดระดับแสง ใช้ pH meter สำหรับการวัดความเป็นกรด-ด่าง ของตัวอย่างน้ำ
   2.3) วิธีการตรวจวัดในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์สำหรับคุณภาพของตัวอย่างน้ำ ใช้วิธี Most Probable Number (MPN) เพื่อประเมินปริมาณ coliform bacteria และ fecal coliform bacteria เพื่อให้ได้ค่า Most Probable Number (MPN) index ต่อน้ำ 100 มล. เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค กรมอนามัย พ.ศ. 2543
3. ปัจจัยทางด้านชุมชน ใช้แบบประเมิน "การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย" ชุดที่ 2 เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านภัยพิบัติในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาและส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งใช้วิธีเดียวกับที่ระบุในหัวข้อ 2.3)

3.8 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร งานวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทิศทางที่ชัดเจนขึ้น
2. ประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อทราบความก้าวหน้าทุก 2 สัปดาห์
3. สุ่มพื้นที่ทำการวิจัยและติดต่อพื้นที่ทำวิจัย
4. ประชุมวางกรอบงานวิจัยร่วมกับที่ปรึกษาแผนงานวิจัย และจะมีการประชุมร่วมกับที่ปรึกษาทุก 1-2 เดือน
5. พัฒนาแบบสอบถาม แบบประเมิน ต่าง ๆที่ใช้ในการวิจัย
6. ทดสอบแบบคุณภาพแบบสอบถามและแบบประเมิน
7. คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยและอบรม โดยพยายามคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สามารถใช้ภาษาชนเผ่า
8. คัดเลือกและประชุมชี้แจงโครงการให้พื้นที่วิจัยรับทราบโดยเฉพาะผู้นำชุมชน
9. เก็บข้อมูลและเก็บตัวอย่างน้ำใช้ในการอุปโภคและบริโภค ซึ่งเก็บจากพื้นที่ศึกษา
10. ทดสอบคุณภาพของตัวอย่างน้ำด้วยวิธี MPN ในห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์และ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามต่างๆ
11. สรุปงานวิจัยและเขียนรายงานการวิจัย

3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. Descriptive Statistics เช่น Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation ซึ่งจะใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มศึกษาต่าง ๆ
2. Inferential Statistics คือ Chi-Square test

3.10 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2558 เลขที่ REH-58084

บทที่ 4
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ จำนวน 2 ข้อ คือ 1) เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมในชุมชน เกี่ยวกับทำเลที่ตั้งที่อาจมีภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย และ 2) เพื่อประเมินระดับความปลอดภัยสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ปัจจัยทางด้านชุมชน

ผลการศึกษาลักษณะทางด้านชุมชนครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากชุมชนที่ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ทั้ง 6 ชนชาติพันธุ์ อาศัยอยู่ (ตารางที่ 1) ลักษณะชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีจำนวนทั้งหมด 60 หมู่บ้าน ซึ่งแบ่งได้เป็น 1) อาข่า 10 หมู่บ้าน 2) ลาหู่ 10 หมู่บ้าน 3) ม้ง 10 หมู่บ้าน 4) กะหรี่ยง 10 หมู่บ้าน 5) เย้า 11 หมู่บ้าน และ 6) ลีซู 9 หมู่บ้าน โดยส่วนใหญ่ ตั้งชุมชนบนที่ราบเชิงเขา 33 หมู่บ้าน (ร้อยละ 53.3) มีลักษณะเป็นชุมชนชนบท 47 หมู่บ้าน (ร้อยละ 78.3) ประชากรในหมู่บ้านประกอบอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม 58 หมู่บ้าน (ร้อยละ 96.7)

ตารางที่ 1 ลักษณะชุมชน

ลักษณะ	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ
ทั้งหมด	60	100.0
ชาติพันธุ์		
อาข่า	10	16.7
ลาหู่	10	16.7
ม้ง	11	18.2
เย้า	10	16.7
กะเหรี่ยง	10	16.7
ลีซู	9	15.0
ที่ตั้งชุมชน		
ที่สูง	28	46.7
ที่ราบเชิงเขา	32	53.3
ลักษณะชุมชน		
ชนบท	47	78.3
เมือง	13	21.7

ลักษณะ	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรม	58	96.7
ค้าขาย	1	1.7
อื่นๆ	1	1.7

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ทางสถิติ α = 0.05 เกี่ยวกับลักษณะของชุมชนเมื่อจำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่าลักษณะการตั้งบ้านเรือนเป็นชุมชนของทั้ง 60 หมู่บ้านนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) นิยมตั้งบ้านเรือนอยู่บนที่สูง (ร้อยละ 46.7) ได้แก่ ชนเผ่า ม้ง และลีซู และ 2) นิยมตั้งบ้านเรือนอยู่บนที่ราบเชิงเขา (ร้อยละ 53.3) ได้แก่ ชนเผ่า อาข่า ลาหู่ และ กระเหรี่ยง ขณะที่ชนเผ่า เย้า นิยมตั้งบ้านเรือนทั้งสองแบบ โดยถึงแม้ว่าลักษณะการตั้งบ้านเรือนจะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เห็นได้ชัดเจนว่าชนเผ่ากะเหรี่ยงนั้น นิยมตั้งบ้านเรือนบนที่ราบเชิงเขามากที่สุด (ร้อยละ 80.0) ในขณะที่ลักษณะชุมชนโดยมาก เป็นชุมชนชนบทมากกว่าชุมชนเมือง ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้ โดยภาพรวม ลักษณะอื่นๆที่จะอธิบายต่อจากนี้มีความแตกต่างกันไปตามแต่ละชนเผ่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสัญจรในหมู่บ้าน พบว่า มีถนนตัดผ่านหมู่บ้าน (ร้อยละ 95.0) ส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีต (ร้อยละ 48.3) ถนนลาดยาง (ร้อยละ 36.7) และถนนลูกรัง (ร้อยละ 10.0) ที่เหลือเป็นถนนคอนกรีตและลาดยาง สภาพการจราจรโดยรวมพบว่า ถนนในหมู่บ้านมีลักษณะแคบ (ร้อยละ 63.3) รองลงมาคือถนนสูงชันและทรุดตัว ตามลำดับ และถึงแม้ว่าสภาพถนนส่วนใหญ่จะแคบและสูงชัน แต่พบว่ามีการทำราวกันตกเพียงร้อยละ 13.3 เท่านั้น โดยหากวิเคราะห์สภาพการจราจรภายในที่ตั้งของแต่ละชนเผ่า พบว่า ทุกชนเผ่ามีร้อยละของถนนที่แคบมากที่สุด ยกเว้นชนเผ่าอาข่าที่มีถนนลักษณะสูงชันมากที่สุด (ร้อยละ 50) ทั้งที่บ้านเรือนร้อยละ 60 ตั้งอยู่ในที่ราบ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ทางสถิติที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตำแหน่งที่ตั้งของบ้านเรือนของแต่ละชนเผ่า ไม่ได้ส่งผลต่อลักษณะถนนในหมู่บ้าน และเป็นที่น่าสังเกต ว่าถนนในที่ตั้งชุมชนของชนเผ่าลาหู่ ยังไม่มีเครื่องหมายจราจร ส่วนการสัญจรอื่นๆในหมู่บ้านนั้นพบว่า มีรถโดยสารสาธารณะให้บริการ เพียงร้อยละ 40

สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ในชุมชนที่สำรวจพบจากการศึกษานี้ ได้แก่ สวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ สถานพยาบาล ที่ปฏิบัติศาสนกิจ ร้านค้า สถานีตำรวจ และน้ำมันเชื้อเพลิง โดยพบว่า ชุมชนที่สำรวจทั้งหมดมีสวนสาธารณะ/สวนสุขภาพและสถานีตำรวจ เพียงร้อยละ 18.3 และร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ในขณะที่มีสถานพยาบาล และที่ปฏิบัติศาสนกิจในชุมชน สูงถึงร้อยละ 76.6 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ ในส่วนของบริการด้านอุปโภคและบริโภคนั้น พบว่า ชุมชนที่สำรวจมีร้านค้าขายของ (ร้อยละ 98.3) และมีสถานที่ขายน้ำมันเชื้อเพลิง (ร้อยละ 71.7)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของชุมชนตามกลุ่มชาติพันธุ์

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวม		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ทั้งหมด	60	100.0	10	16.7	10	16.7	11	18.3	10	16.7	10	16.7	9	15.0		
ลักษณะที่ตั้งชุมชน																
ที่สูง	28	46.7	4	40.0	4	40.0	7	63.6	5	50.0	2	20.0	6	66.7	5.97	0.308
ที่ราบเชิงเขา	32	53.3	6	60.0	6	60.0	4	36.4	5	50.0	8	80.0	3	33.3		
ลักษณะชุมชน																
ชนบท	48	80.0	8	80.0	10	100.0	11	100.0	5	50.0	8	80.0	6	66.7	11.87	0.037*
เมือง	12	20.0	2	20.0	0	0.0	0	0.0	5	50.0	2	20.0	3	33.3		
อาชีพส่วนใหญ่																
เกษตรกรรม	58	96.7	9	90.0	10	100.0	11	100.0	9	90.0	10	100.0	9	100.0	10.13	0.428
ค้าขาย	1	1.7	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
อื่นๆ	1	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวม		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ถนนผ่านหมู่บ้าน																
มี	57	95.0	9	90.0	10	100.0	9	81.8	10	100.0	10	100.0	9	100.0	6.60	0.252
ไม่มี	3	5.0	1	10.0	0	0.0	2	18.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
ลักษณะถนน																
คอนกรีต	29	48.3	4	40.0	4	40.0	4	36.4	6	60.0	7	70.0	4	44.4	22.09	0.105
ลาดยาง	22	36.7	5	50.0	4	40.0	2	18.2	4	40.0	2	20.0	5	55.6		
ลูกรัง	6	10.0	1	10.0	2	20.0	2	18.2	0	0.0	1	10.0	0	0.0		
คอนกรีตและลาดยาง	3	5.0	0	0.0	0	0.0	3	27.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวม		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สภาพการจราจร																
ถนนแคบ	38	63.3	4	40.0	7	70.0	9	81.8	7	70.0	5	50.0	6	66.7	116.29	0.559
สูงชัน	20	33.3	5	50.0	3	30.0	2	18.2	4	40.0	2	20.0	4	44.4		
ทรุดตัว	21	35.0	3	30.0	6	60.0	4	36.4	3	30.0	2	20.0	3	33.3		
ไหล่ทางชำรุด	16	26.7	2	20.0	5	50.0	4	36.4	1	10.0	3	30.0	1	11.1		
รถวิ่งสวนกันไม่ได้	11	18.3	1	10.0	1	10.0	3	27.3	2	20.0	1	10.0	3	33.3		
ไม่มีเครื่องหมายจราจร	8	13.3	1	10.0	0	0.0	2	18.2	1	10.0	3	30.0	1	11.1		
ราวกันตก																
ไม่เกี่ยวข้อง	24	40.0	2	20.0	3	30.0	4	36.4	4	40.0	7	70.0	4	44.4	15.324	0.428
มี	8	13.3	3	30.0	1	10.0	2	18.2	1	10.0	0	0.0	1	11.1		
มีบางส่วน	11	18.3	3	30.0	4	40.0	0	0.0	2	20.0	1	10.0	1	11.1		
ไม่มี	17	28.3	2	20.0	2	20.0	5	45.5	3	30.0	2	20.0	3	33.3		

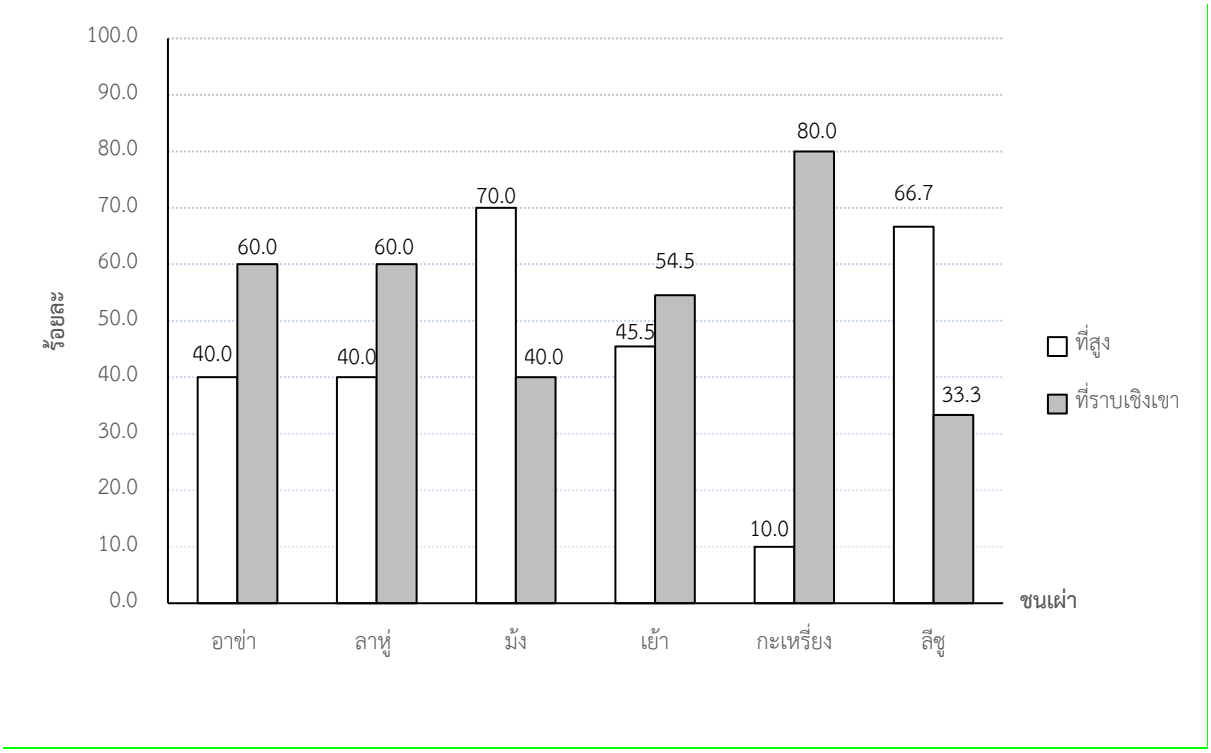
*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวม		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รถโดยสาร																
สาธารณะ																
มี	24	40.0	4	40.0	2	20.0	4	36.4	4	40.0	4	40.0	6	66.7	4.394	0.494
ไม่มี	36	60.0	6	60.0	8	80.0	7	63.6	6	60.0	6	60.0	3	33.3		
สวนสุขภาพ																
มี	11	18.3	1	10.0	1	10.0	4	36.4	1	10.0	1	10.0	3	33.3	5.596	0.348
ไม่มี	49	81.7	9	90.0	9	90.0	7	63.6	9	90.0	9	90.0	6	66.7		
สถานพยาบาล																
มี	46	76.7	7	70.0	8	80.0	6	54.5	10	100.0	7	70.0	8	88.9	7.363	0.195
ไม่มี	14	23.3	3	30.0	2	20.0	5	45.5	0	0.0	3	30.0	1	11.1		
ที่ปฏิบัติ																
ศาสนกิจ																
มี	48	80.0	9	90.0	8	80.0	8	72.7	7	70.0	8	80.0	8	88.9	2.058	0.841
ไม่มี	12	20.0	1	10.0	2	20.0	3	27.3	3	30.0	2	20.0	1	11.1		

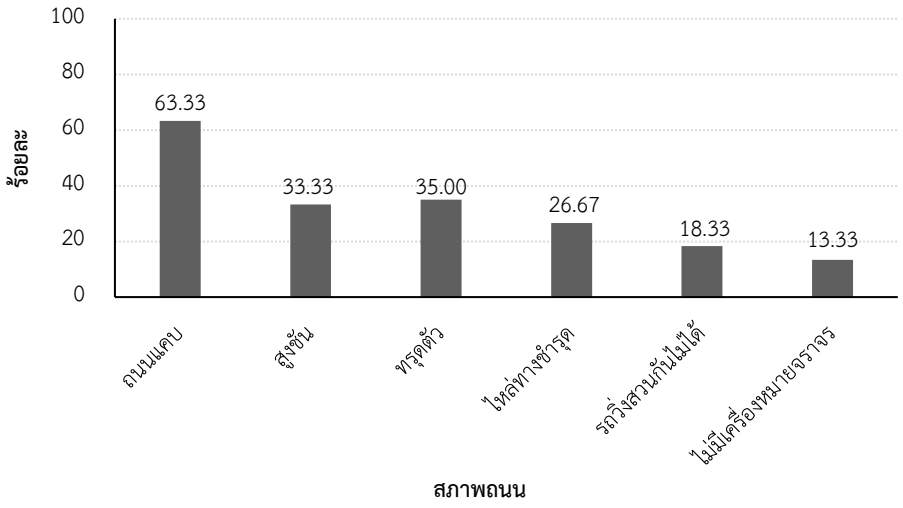
*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	รวม		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ร้านค้า																
มี	59	98.3	10	100.0	10	100.0	11	100.0	10	100.0	9	90.0	9	100.0	5.085	0.406
ไม่มี	1	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0		
สถานีตำรวจ																
มี	20	33.3	4	40.0	2	20.0	3	27.3	6	60.0	2	20.0	3	33.3	5.182	0.394
ไม่มี	40	66.7	6	60.0	8	80.0	8	72.7	4	40.0	8	80.0	6	66.7		
น้ำมันเชื้อเพลิง																
มี	43	71.7	5	50.0	8	80.0	6	54.5	9	90.0	8	80.0	7	77.8	6.405	0.269
ไม่มี	17	28.3	5	50.0	2	20.0	5	45.5	1	10.0	2	20.0	2	22.2		

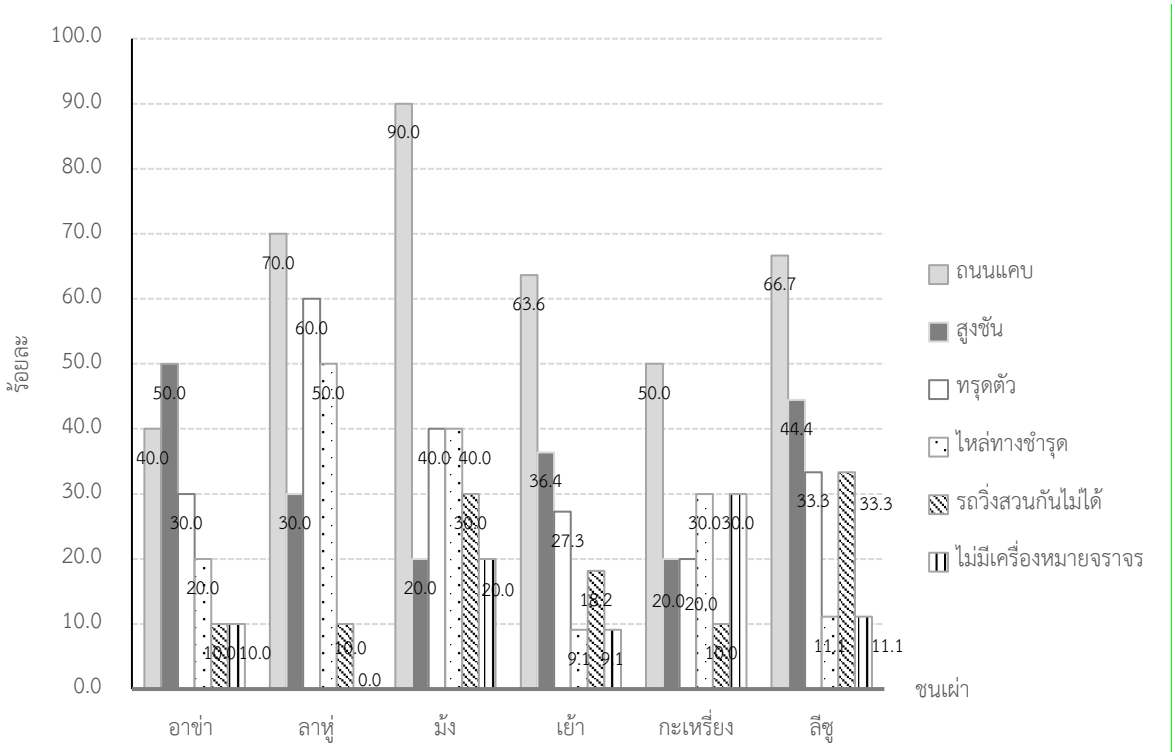
*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05



รูปภาพที่ 1 ลักษณะการตั้งบ้านเรือนของแต่ละชนเผ่า



รูปภาพที่ 2 สภาพการจราจรภายในหมู่บ้าน



รูปภาพที่ 3 สภาพการจราจรภายในที่ตั้งของแต่ละชนเผ่า



รูปภาพที่ 4 ลักษณะชุมชน

4.4.2 ภัยพิบัติ

ภัยพิบัติที่ทำการสำรวจมีทั้งหมด 5 ประเภท ประกอบด้วย 1) แผ่นดินไหว 2) พายุ 3) ดินสไลด์ 4) ภัยแล้ง และ 5) ภัยอื่นๆ (เช่น น้ำท่วม ไฟป่า) ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งจะเห็นได้ว่าภัยพิบัติที่พบในพื้นที่ที่สำรวจ 3 ลำดับแรกคือ ภัยแล้ง แผ่นดินไหวและพายุลมแรง แต่เมื่อสำรวจความเสียหายจากที่เกิดจากภัยพิบัติแต่ละประเภทแล้วพบว่า ภัยแล้ง ภัยอื่นๆ (น้ำท่วม ไฟป่า) และพายุ สร้างความเสียหายให้กับชาวบ้านในพื้นที่ได้สูงเป็น 3 ลำดับแรก โดยภัยแล้งสร้างความเสียหายสูงสุด

ตารางที่ 3 การประสบภัยพิบัติของหมู่บ้านตัวอย่างจำแนกตามประเภทภัยพิบัติ

ลักษณะภัยพิบัติ	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ
แผ่นดินไหว		
เกิดแผ่นดินไหว	40	66.7
ได้รับความเสียหาย	8	13.3
ไม่มีมาตรการป้องกัน	4	6.7
พายุลมแรง		
ประสบภัยพิบัติพายุลมแรง	37	61.7
ได้รับความเสียหาย	19	31.7
ไม่มีมาตรการป้องกัน	3	5.0
ดินสไลด์		
มีดินสไลด์	12	20.0
ได้รับความเสียหาย	9	15.0
ไม่มีมาตรการป้องกัน	12	100.0
ภัยแล้ง		
ประสบภัยแล้ง	52	86.7
มีความเสียหาย	41	68.3
ไม่มีมาตรการป้องกัน	7	11.7
ภัยพิบัติอื่นๆ		
ประสบภัยพิบัติอื่นๆ	30	50.0
ได้รับความเสียหาย	27	45.0
ไม่มีมาตรการป้องกัน	5	8.3

ตารางที่ 4 การประสบภัยพิบัติจำแนกตามหมู่บ้าน

ภัยพิบัติ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนหมู่บ้าน	60	100.0	10	16.7	10	16.7	11	18.3	10	16.7	10	16.7	9	15.0		
แผ่นดินไหว																
เกิด	40	66.7	8	80.0	9	90.0	10	90.9	4	40.0	3	30.0	6	66.7	15.40	0.009*
ไม่เกิด	20	33.3	2	20.0	1	10.0	1	9.1	6	60.0	7	70.0	3	33.3		
พายุลมแรง																
เกิด	37	61.7	4	40.0	7	70.0	8	72.7	7	70.0	6	60.0	5	55.6	3.29	0.654
ไม่เกิด	23	38.3	6	60.0	3	30.0	3	27.3	3	30.0	4	40.0	4	44.4		
ดินสไลด์																
เกิด	12	20.0	3	30.0	4	40.0	2	18.2	2	20.0	0	0.0	1	11.1	6.09	0.297
ไม่เกิด	48	80.0	7	70.0	6	60.0	9	81.8	8	80.0	10	100.0	8	88.9		
ภัยแล้ง																
เกิด	52	86.7	10	100.0	8	80.0	10	90.9	9	90.0	7	70.0	8	88.9	4.63	0.462
ไม่เกิด	8	13.3	0	0.0	2	20.0	1	9.1	1	10.0	3	30.0	1	11.1		
ภัยอื่นๆ																
เกิด	30	50.0	3	30.0	5	50.0	4	36.4	6	60.0	7	70.0	5	55.6	4.52	0.476
ไม่เกิด	30	50.0	7	70.0	5	50.0	7	63.6	4	40.0	3	30.0	4	44.4		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

จากตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์การประสบภัยพิบัติจำแนกตามชาติพันธุ์ พบว่า ปัญหาดินสไลด์เป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่พบน้อยที่สุดในทุกชนเผ่า โดยเฉพาะชนเผ่ากระเหรี่ยงนั้นไม่พบปัญหาดินสไลด์เลย โดยในขณะที่การประสบภัยพิบัติอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ α = 0.05 แต่กลับพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในประเด็นของชนเผ่ากับการประสบภัยแผ่นดินไหว ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมจากตารางที่ 5 พบว่า ทำเลที่ตั้งชุมชนที่อยู่บนที่สูงมีความสัมพันธ์กับการประสบภัยแผ่นดินไหว คือ ร้อยละ 78.6 ของหมู่บ้านที่ทำเลตั้งอยู่บนที่สูงจะประสบภัยแผ่นดินไหวมากกว่าทำเลที่ตั้งอยู่ที่ราบเชิงเขา (ร้อยละ 56.2) แม้ว่าจะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ ในขณะเดียวกันก็กลับพบว่าทำเลที่ตั้งชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการประสบภัยแล้งและดินสไลด์ ทั้งนี้ ตัวอย่างภาพแสดงร่องรอยความเสียหายจากภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย ดินสไลด์และ แผ่นดินไหว แสดงได้ดังรูปภาพที่ 5-7

ตารางที่ 5 การเกิดภัยพิบัติกับทำเลที่ตั้ง

ภัยพิบัติ			ทำเลที่ตั้ง				χ^2	p-value
			ที่สูง		ที่ราบเชิงเขา			
	ทั้งหมด	ร้อยละ	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ	จำนวนหมู่บ้าน	ร้อยละ		
จำนวนหมู่บ้าน	60	100.0						
แผ่นดินไหว								
ไม่มี	20	33.3	6	21.4	14	43.8	3.34	0.067
มี	40	66.7	22	78.6	18	56.2		
ภัยแล้ง								
ไม่มี	8	13.3	4	14.3	4	12.5	0.04	0.839
มี	52	86.7	24	85.7	28	87.5		
ดินสไลด์								
ไม่มี	48	80.0	20	71.4	28	87.5	2.41	0.121
มี	12	20.0	8	28.6	4	12.5		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05



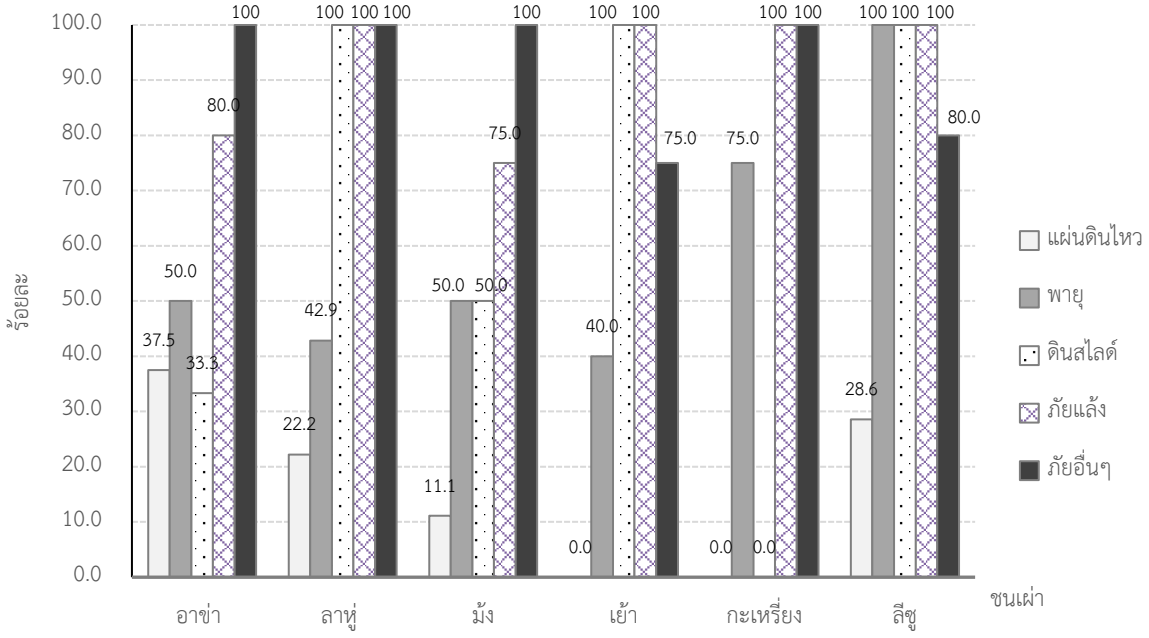
รูปภาพที่ 5 ร่องรอยระดับน้ำจากอุทกภัย



รูปภาพที่ 6 บริเวณถนนที่ได้รับผลกระทบจากดินสไลด์

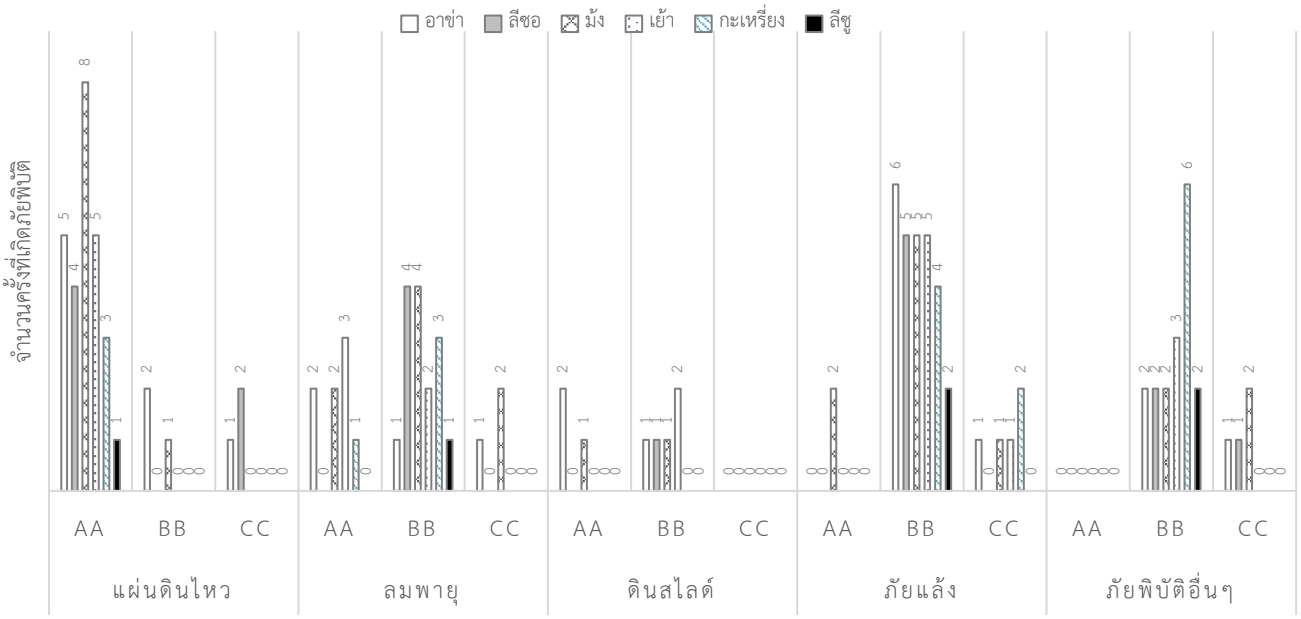


รูปภาพที่ 7 บริเวณที่ได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์แผ่นดินไหว เมื่อปีพ.ศ. 2557



รูปภาพที่ 8 ร้อยละความเสียหายจากภัยพิบัติแต่ละประเภทที่พบในละชนเผ่า

จากระดับของความเสียหายที่เกิดขึ้น พบว่าความเสียหายที่เกิดจากการประสบภัยพิบัตินั้น มีความสัมพันธ์กับ การที่ไม่มีมาตรการป้องกันภัยพิบัติของชุมชน



รูปภาพท 9 ภาพรวมการเกดภยพบตแยกตามแตละชนเผา

4.2 ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย

ผลการศึกษาลักษณะทางด้านที่อยู่อาศัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากที่อยู่อาศัยที่ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทั้ง 6 ชนชาติพันธุ์ อาศัยอยู่ โดยมีจำนวนทั้งหมด 680 หลังคาเรือน ซึ่งแบ่งได้เป็น 1) ชนเผ่าอาข่า 119 หลังคาเรือน 2) ชนเผ่าลาหู่ 114 หลังคาเรือน 3) ชนเผ่าม้ง 123 หลังคาเรือน 4) ชนเผ่ากะเหรี่ยง 115 หลังคาเรือน 5) ชนเผ่าเย้า 114 หลังคาเรือน และ 6) ชนเผ่าลีซู 95 หลังคาเรือน ทั้งนี้ ได้ศึกษาหาปัจจัยต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะการใช้ชีวิต และจุดเสี่ยงแต่ละห้องที่อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ รวมถึงการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

จากตารางที่ 6 การจำแนกลักษณะทั่วไปด้านที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ **พบว่า** กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานะเป็นเจ้าบ้าน (ร้อยละ 71.6) ที่ตั้งบ้านเรือนส่วนใหญ่อยู่บริเวณเชิงเขา (ร้อยละ 54.1) โดยลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียวไม่ยกพื้นมากที่สุด (ร้อยละ 56.0)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.3) อาศัยกับญาติ พี่น้อง หรือลูกหลาน และมักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บริเวณบ้าน (ร้อยละ 53.1) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน แต่อย่างไรก็ตาม การสะดุด ลื่นล้ม หกล้ม เป็นอุบัติเหตุภายในบ้านที่ผู้สูงอายุได้ประสบมากที่สุด (ร้อยละ 18.8)

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ทั้งหมด	680	100.0
เพศ		
ชาย	347	51.00
หญิง	333	49.00
ชาติพันธุ์		
อาข่า	119	17.5
ลาหู่	114	16.8
ม้ง	123	18.1
เย้า	114	16.8
กะเหรี่ยง	115	16.9
ลีซู	95	14.0
สถานะของผู้สูงอายุภายในบ้าน		
เจ้าบ้าน	487	71.6
ผู้อาศัย	193	28.4
ทำเลที่ตั้งที่อยู่อาศัย		
ติดถนนใหญ่	118	17.4
เชิงเขา	368	54.1
ที่ราบตีนเขา	194	28.5
ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย		
บ้านเดี่ยวชั้นเดียวไม่ยกพื้น	381	56.0
บ้านเดี่ยวชั้นเดียวยกพื้นสูง	145	21.3
บ้านเดี่ยวสองชั้น	105	15.4
บ้านเดี่ยวสองชั้นใต้ถุนสูง	49	7.2
ผู้ร่วมอาศัยภายในบ้าน		
อาศัยอยู่คนเดียว	35	5.10
อาศัยอยู่กับคู่สมรส	107	15.70
อาศัยอยู่กับลูก หลาน ญาติพี่น้อง	451	66.3
อาศัยอยู่กับคู่สมรส ลูกหลาน และญาติพี่น้อง	87	12.80

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการใช้ชีวิต		
ใช้เวลาส่วนใหญ่ภายในบ้าน	139	20.4
ใช้เวลาส่วนใหญ่บริเวณบ้าน	361	53.1
ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน	168	24.7
ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บริเวณบ้านและนอกบ้าน	12	1.8
การได้รับอุบัติเหตุในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ	511	75.1
สะดุด ลื่นล้ม หกล้ม	128	18.8
ชน กระแทก	11	1.6
ถูกของมีคมบาด	19	2.8
พลัดตกจากที่สูงหรือที่ต่างระดับ	11	1.6

จากตารางที่ 7 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ α = 0.05 เกี่ยวกับการกระจายตัวของลักษณะที่อยู่อาศัยจำแนกตามชนชาติพันธุ์ พบว่า โดยรวมแล้วทำเลที่ตั้งของที่อยู่อาศัยที่ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขานิยมตั้งบ้านเรือนนั้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แบ่งได้เป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) ตั้งบ้านเรือนติดถนนใหญ่ 2) ตั้งบ้านเรือนบริเวณเชิงเขา และ 3) ตั้งบ้านเรือนบริเวณที่ราบเชิง(ตีน)เขา ทั้งนี้ ส่วนใหญ่นิยมสร้างบ้านเรือนบริเวณเชิงเขา (ร้อยละ 54.1) เมื่อพิจารณาทำเลที่ตั้งที่อยู่อาศัยรายชนเผ่า พบว่าส่วนใหญ่ นิยมตั้งบ้านเรือนบริเวณเชิงเขา (ยกเว้น ชนเผ่ากะเหรี่ยง ที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.9) ตั้งบ้านเรือนอยู่บริเวณที่ราบตีนเขา)

ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียวไม่ยกพื้น (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือบ้านชั้นเดียวยกพื้นสูง (ร้อยละ 21.3) บ้านเดี่ยวสองชั้น (ร้อยละ 15.4) และ บ้านเดี่ยวสองชั้นใต้ถุนสูง (ร้อยละ 7.2) เมื่อพิจารณาลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุแบ่งตามชนเผ่า พบว่า มี 4 ชนเผ่า ที่มีลักษณะที่อยู่อาศัยสอดคล้องหรือใกล้เคียงกับที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ ชนเผ่าอาข่า ชนเผ่าม้ง ชนเผ่าเย้า และชนเผ่าลีซู แต่ว่าใน 3 ชนเผ่าหลัง จะไม่มีที่อยู่อาศัยที่มีลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวสองชั้นใต้ถุนสูงเลย (สอดคล้องกับการนิยมมีทำเลที่ตั้งที่อยู่อาศัยบริเวณเชิงเขา) ในขณะที่ชนเผ่าลาหู่ ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียวยกพื้นสูง และชนเผ่ากะเหรี่ยง ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวสองชั้น (สอดคล้องกับการนิยมมีทำเลที่ตั้งที่อยู่อาศัยบริเวณที่ราบตีนเขา)

ในส่วนของลักษณะการใช้ชีวิตและการอยู่อาศัยร่วมกันภายในบ้าน มีลักษณะที่สังเกตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับลูก หลาน หรือญาติพี่น้อง เป็นลักษณะแบบครอบครัวใหญ่ รองลงมาคืออาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส และคู่สมรสและลูกหลาน แต่มีส่วนน้อย

ที่อาศัยอยู่คนเดียว มักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บริเวณบ้าน รองลงมามักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่ทำงาน (ซึ่งอยู่นอกบ้าน) และใช้เวลาส่วนใหญ่ภายในบริเวณบ้าน รวมไปถึงบริเวณบ้านและนอกบ้าน ซึ่งจะเห็นได้ว่าบ้านนั้นเป็นสถานที่หลักที่ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่าใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้น ความปลอดภัยหรือความเสี่ยงจากอันตรายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การหกล้มหรือลื่นล้ม การถูกชนกระแทกหรือของหล่นใส่ ล้วนแล้วแต่ขึ้นอยู่กับลักษณะของที่อยู่อาศัยเป็นหลักทั้งสิ้น

วัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ส่วนใหญ่ใช้วัสดุหลักที่มีความแข็งแรง คือ ปูน (ร้อยละ 41.03) และไม้ (ร้อยละ 21.76) ที่เหลือเป็นไม้ไผ่ และ อื่นๆ (ร้อยละ 13.53 และ 0.29 ตามลำดับ) โดยมีการผสมผสานวัสดุที่ใช้ก่อสร้าง เช่น ปูนและไม้ (ร้อยละ 16.32) ปูนและไม้ไผ่ (ร้อยละ 3.53) ปูนและไม้ (ร้อยละ 16.32) ไม้และไม้ไผ่ (ร้อยละ 2.50) และปูน ไม้ และไม้ไผ่ (ร้อยละ 1.03) เมื่อพิจารณาวัสดุที่ใช้ในการก่อสร้างที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาแบ่งตามชนเผ่า พบว่า ชนเผ่าอาข่า ชนเผ่าม้ง ชนเผ่าเย้า และชนเผ่าลีซู ใช้วัสดุหลักเป็นปูน ในขณะที่ชนเผ่าลาหู่ ใช้วัสดุหลักเป็นไม้ไผ่ (สอดคล้องกับการนิยมสร้างบ้านเดี่ยวชั้นเดียวยกพื้นสูง) และชนเผ่ากะเหรียง ใช้วัสดุหลักเป็นไม้ (สอดคล้องกับการนิยมสร้างบ้านเดี่ยวสองชั้น)

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา แม้ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่าส่วนใหญ่ ไม่เคยประสบอุบัติเหตุภายในบ้าน แต่เมื่อพิจารณาถึงการประสบกับอุบัติเหตุภายในบ้าน พบว่าการสะดุดหรือลื่นมักเป็นลักษณะของอุบัติเหตุภายในบ้านที่พบได้มากที่สุด รองลงมาคือถูกของมีคมบาด พลัดตกจากที่สูงหรือที่ต่างระดับ และถูกชนกระแทก ตามลำดับ โดยเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุชนเผ่าม้งและชนเผ่าเย้า ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกจากที่สูงหรือที่ต่างระดับเลย ซึ่งสอดคล้องกับการที่ทั้งสองชนเผ่านั้นนิยมสร้างบ้านเรือนเป็นบ้านชั้นเดียวไม่ยกพื้น คิดเป็นร้อยละสูงกว่าชนเผ่าอื่นๆ (ร้อยละ 85.1 และร้อยละ 86.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 การกระจายตัวของลักษณะที่อยู่อาศัยในแต่ละชาติพันธุ์

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ทั้งหมด	680	100.0	119	17.5	114	16.8	123	18.1	114	16.8	115	16.9	95	14.0		
ทำเลที่ตั้งที่อยู่อาศัย																
ติดถนนใหญ่	118	17.4	12	10.1	13	11.4	25	20.3	31	27.2	11	9.6	26	27.4	132.45	<0.001*
เชิงเขา	368	54.1	81	68.1	55	48.2	86	69.9	49	43.0	34	29.6	63	66.3		
ที่ราบตีนเขา	194	28.5	26	21.8	46	40.4	12	9.8	34	29.8	70	60.9	6	6.3		
ลักษณะบ้านที่อยู่อาศัย																
บ้านเดี่ยวชั้นเดียวไม่ยกพื้น	381	56.0	66	55.5	21	18.4	105	85.4	98	86.0	9	7.8	82	86.3	329.90	<0.001*
บ้านเดี่ยวชั้นเดียวยกพื้นสูง	145	21.3	31	26.1	55	48.2	8	6.5	6	5.3	37	32.2	8	8.4		
บ้านเดี่ยวสองชั้น	105	15.4	13	10.9	21	18.4	10	8.1	10	8.8	46	40.0	5	5.3		
บ้านเดี่ยวสองชั้นใต้ถุนสูง	49	7.2	9	7.6	17	14.9	0	0.0	0	0.0	23	20.0	0	0.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ร่วมอาศัยภายในบ้าน																
อยู่คนเดียว	35	5.1	10	8.4	2	1.8	9	7.3	6	5.3	6	5.2	2	2.1	50.16	<0.001*
อยู่กับคู่สมรส	107	15.7	22	18.5	18	15.8	14	11.4	19	16.7	28	24.3	6	6.3		
อยู่กับลูกหลาน ญาติพี่น้อง	451	66.3	87	73.1	74	64.9	77	62.6	77	67.5	61	53.0	75	78.9		
อยู่กับคู่สมรสลูกหลาน และญาติพี่น้อง	87	12.8	0	0.0	20	17.5	23	18.7	12	10.5	20	17.4	12	12.6		
ลักษณะการใช้ชีวิตส่วนใหญ่																
ภายในบ้าน	139	20.4	37	31.1	26	22.8	15	12.2	31	27.2	15	13.0	15	15.8	37.79	0.001*
บริเวณบ้าน	361	53.1	65	54.6	57	50.0	64	52.0	54	47.4	66	57.4	55	57.9		
อยู่นอกบ้าน	168	24.7	17	14.3	27	23.7	40	32.5	29	25.4	33	28.7	22	23.2		
อยู่บริเวณบ้านและนอกบ้าน	12	1.8	0	0.0	4	3.5	4	3.3	0	0.0	1	0.9	3	3.2		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
วัสดุที่ใช้ในการสร้างบ้าน																
ปูน	279	41.0	60	50.4	17	14.9	50	40.7	60	52.6	30	26.1	62	65.3		
ไม้	148	21.8	24	20.2	20	17.5	33	26.8	22	19.3	44	38.3	5	5.3		
ไม้ไผ่	92	13.5	14	11.8	38	33.3	15	12.2	6	5.3	3	2.6	16	16.8		
อื่นๆ	2	0.3	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1		
ปูนและไม้	111	16.3	15	12.6	20	17.5	20	16.3	20	17.5	29	25.2	7	7.4		
ปูนและไม้ไผ่	24	3.5	3	2.5	7	6.1	3	2.4	6	5.3	2	1.7	3	3.2		
ไม้และไม้ไผ่	17	2.5	2	1.7	10	8.8	0	0.0	0	0.0	4	3.5	1	1.1		
ปูน ไม้ และไม้ไผ่	7	1.0	0	0.0	2	1.8	2	1.6	0	0.0	3	2.6	0	0.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้าน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา																
ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ	511	75.1	95	79.8	76	66.7	93	75.6	90	78.9	93	80.9	64	67.4	30.76	0.058
สะดุด ลื่นล้ม หกล้ม	128	18.8	17	14.3	32	28.1	24	19.5	19	16.7	14	12.2	22	23.2		
ชน กระแทก	11	1.6	1	0.8	1	0.9	2	1.6	3	2.6	0	0.0	4	4.2		
ถูกของมีคมบาด	19	2.8	4	3.4	3	2.6	4	3.3	2	1.8	3	2.6	3	3.2		
พลัดตกจากที่สูงหรือที่ต่างระดับ	11	1.6	2	1.7	2	1.8	0	0.0	0	0.0	5	4.3	2	2.1		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05



รูปภาพที่ 10 ลักษณะการตั้งบ้านเรือนบนที่สูง



รูปภาพที่ 11 ลักษณะการตั้งบ้านเรือนบริเวณไหล่เขา



รูปภาพที่ 12 ลักษณะบ้านเรือนแบบยกพื้นสูงที่ตั้งอยู่บริเวณไหล่เขา



รูปภาพที่ 13 ลักษณะบ้านชั้นเดียวไม่ยกพื้น

จากตารางที่ 8 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ α = 0.05 เกี่ยวกับแสงสว่างในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่จะเอื้อต่อการมองเห็นและการใช้ชีวิต ในบริเวณห้องหลัก 3 ห้อง คือ ห้องน้ำ ห้องครัว และห้องโถง ห้องน้ำต้องมีความเข้มแสงสว่างไม่ต่ำกว่า 100 Lux ห้องครัวและห้องโถงต้องมีความเข้มแสงสว่างไม่ต่ำกว่า 200 Lux พบว่า มีลักษณะที่สังเกตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ในห้องน้ำ ห้องครัวและห้องโถง ที่อยู่ในบ้านของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า ส่วนใหญ่มีความเข้มแสงสว่างที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่ถึงร้อยละ 50 โดยเฉพาะในห้องโถง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ในที่อยู่อาศัยของชนเผ่ากะเหรี่ยงนั้น มีร้อยละของความเข้มแสงสว่างในห้องน้ำ ห้องครัว และห้องโถง ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าที่อยู่อาศัยของชนเผ่าอื่นๆ

ตารางที่ 8 ความเข้มของแสงสว่างที่เอื้อต่อการมองเห็น

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
			อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ทั้งหมด	680	100.0	119	17.5	114	16.8	123	18.1	114	16.8	115	16.9	95	14.0		
แสงสว่างในห้องน้ำ																
ผ่าน	270	39.7	47	39.5	40	35.1	55	44.7	41	36.0	54	47.0	33	34.7	6.47	0.262
ไม่ผ่าน	410	60.3	72	60.5	74	64.9	68	55.3	73	64.0	61	53.0	62	65.3		
แสงสว่างในห้องครัว																
ผ่าน	215	31.6	36	30.3	25	21.9	24	19.5	39	34.2	63	54.8	28	29.5	42.48	<0.001*
ไม่ผ่าน	465	68.4	83	69.7	89	78.1	99	80.5	75	65.8	52	45.2	67	70.5		
แสงสว่างในห้องโถง																
ผ่าน	155	22.8	20	16.8	21	18.4	15	12.2	28	24.6	52	45.2	19	20.0	44.99	<0.001*
ไม่ผ่าน	525	77.2	99	83.2	93	81.6	108	87.8	86	75.4	63	54.8	76	80.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05



รูปภาพที่ 14 การตรวจวัดระดับความเข้มแสงบริเวณสถานที่ประกอบอาหาร



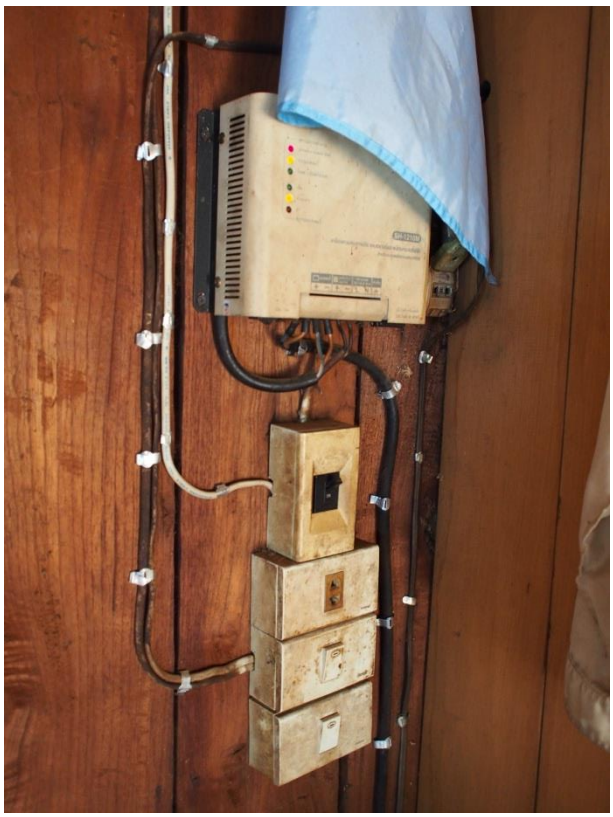
รูปภาพที่ 15 การตรวจวัดระดับความเข้มแสงบริเวณห้องน้ำ

ตารางที่ 9 ระบบไฟฟ้าในบ้านเรือน

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีไฟฟ้าใช้																
มี	674	99.1	118	99.2	111	97.4	122	99.2	114	100.0	115	100.0	94	98.9	6.06	0.300
ไม่มี	6	0.9	1	0.8	3	2.6	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	1.1		
ระบบหรืออุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าเกินกำลัง																
มี	639	94.0	116	97.5	100	87.7	116	94.3	109	95.6	112	97.4	86	90.5	15.38	0.009*
ไม่มี	41	6.0	3	2.5	14	12.3	7	5.7	5	4.4	3	2.6	9	9.5		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

จากตารางที่ 10 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ α = 0.05 เกี่ยวกับระบบไฟฟ้าในที่พักอาศัย แสดงให้เห็นว่าในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า ส่วนใหญ่ มีไฟฟ้าใช้ (มากกว่าร้อยละ 99.1) และมีอุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าเกินกำลัง (มากกว่าร้อยละ 90) นอกจากนี้ยังพบว่า ในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าส่วนใหญ่ที่ใช้ในห้องนอน ห้องครัว ห้องน้ำและห้องโถง อยู่ในสภาพปลอดภัย นั่นคือมีส่วนน้อยที่พบว่าอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้ในห้องต่างๆดังกล่าว อยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย โดยห้องครัวและห้องน้ำ เป็นบริเวณที่พบอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าในสภาพไม่ปลอดภัยมากกว่าห้องนอนและห้องโถง



รูปภาพที่ 16 การติดตั้งอุปกรณ์ไฟฟ้าในบ้านเรือน



รูปภาพที่ 17 สภาพอุปกรณ์ฟ้าที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไฟฟ้าลัดวงจร

จากตารางที่ 10 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ α = 0.05 เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องนอน แสดงให้เห็นว่าในห้องนอนของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า พบว่า มีลักษณะที่สังเกตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่มีการกั้นห้องนอนแยกอย่างชัดเจน (ร้อยละ 87.5) มีประตูหน้าต่างที่ช่วยถ่ายเทอากาศ (ร้อยละ 60.9) ไม่มีช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับ (ร้อยละ 85.0) และมีเครื่องเรือนที่ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม (ร้อยละ 82.6) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในช่วงกลางวันมักมีไม่แสงแดดส่องถึง (ร้อยละ 82.6) ยกเว้นห้องนอนในบ้านของชนเผ่าเย้าและกะเหรี่ยง ส่วนลักษณะอื่นๆ ที่พบ แม้ว่าจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่ไม่มีการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ (ร้อยละ 82.8) ไม่มีอุปกรณ์ไฟฟ้าที่อยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 94.0) และมีเครื่องนอนที่ให้ความอบอุ่นเพียงพอ (ร้อยละ 95.6)



รูปภาพที่ 18 สภาพห้องนอนผู้สูงอายุ



รูปภาพที่ 19 ลักษณะห้องนอนผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 11 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ α = 0.05 (p-value ≤ 0.05) เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องน้ำ แสดงให้เห็นว่าในห้องน้ำของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า พบว่า มีลักษณะที่สังเกตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่มีห้องน้ำแยกออกจากตัวบ้าน (ร้อยละ 78.8) สภาพทางเดินไปห้องน้ำมักมีลักษณะทางขรุขระและมีพื้นต่างระดับ โดยเฉพาะห้องน้ำของบ้านของชนเผ่าม้ง ในขณะที่สภาพทางเดินไปห้องน้ำของบ้านของชนเผ่าเย้า จะเป็นทางเรียบมากกว่าชนเผ่าอื่นๆ ในขณะที่พื้นห้องน้ำเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น (ร้อยละ 85.4) และมีปริมาณน้ำสำหรับใช้ทำความสะอาดเพียงพอ (ร้อยละ 90.6) ส่วนลักษณะอื่นๆ ที่พบแม้ว่าจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่ใช้วัสดุที่คงทน แข็งแรงสร้างห้องน้ำ (ร้อยละ 91.8) ไม่มีราวจับหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงตัว (ร้อยละ 95.1) และไม่มีอุปกรณ์ไฟฟ้าที่อยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 85.9)



รูปภาพที่ 20 ลักษณะห้องน้ำและทางเดินไปห้องน้ำของบ้านที่ตั้งอยู่บริเวณไหล่เขา



รูปภาพที่ 21 ลักษณะทางเดินไปห้องน้ำของบ้านเรือนที่ตั้งบนพื้นที่ราบ

ตารางที่ 10 ความปลอดภัยในห้องนอน

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะห้องนอน																
กั้นห้องนอนแยกอย่างชัดเจน	595	87.5	109	91.6	79	69.3	111	90.2	111	97.4	103	89.6	82	86.3	47.92	<0.001*
ไม่กั้นห้อง	85	12.5	10	8.4	35	30.7	12	9.8	3	2.6	12	10.4	13	13.7		
ประตูหน้าต่างที่ช่วยถ่ายเทอากาศ																
มี	414	60.9	75	63.0	58	50.9	55	44.7	84	73.7	90	78.3	52	54.7	42.45	<0.001*
ไม่มี	266	39.1	44	37.0	56	49.1	68	55.3	30	26.3	25	21.7	43	45.3		
ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับ																
ไม่มี	578	85.0	105	88.2	82	71.9	105	85.4	103	90.4	103	89.6	80	84.2	20.75	0.001*
มี	102	15.0	14	11.8	32	28.1	18	14.6	11	9.6	12	10.4	15	15.8		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ																
ไม่มี	563	82.8	96	80.7	93	81.6	96	78.0	95	83.3	103	89.6	80	84.2	6.29	0.278
มี	117	17.2	23	19.3	21	18.4	27	22.0	19	16.7	12	10.4	15	15.8		
อุปกรณ์ไฟฟ้าอยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย																
ไม่มี	639	94.0	109	91.6	108	94.7	115	93.5	107	93.9	108	93.9	92	96.8	2.73	0.741
มี	41	6.0	10	8.4	6	5.3	8	6.5	7	6.1	7	6.1	3	3.2		
เครื่องเรือนไม่เสี่ยงต่อการล้ม																
ใช่	562	82.6	79	66.4	100	87.7	93	75.6	100	87.7	104	90.4	86	90.5	39.25	<0.001*
ไม่ใช่	118	17.4	40	33.6	14	12.3	30	24.4	14	12.3	11	9.6	9	9.5		
ช่วงกลางวันมีแดดส่องถึง																
ใช่	310	45.6	49	41.2	43	37.7	30	24.4	67	58.8	76	66.1	45	47.4	53.651	<0.001*
ไม่ใช่	370	54.4	70	58.8	71	62.3	93	75.6	47	41.2	39	33.9	50	52.6		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เครื่องนอนที่ให้ความอบอุ่น																
เพียงพอ	650	95.6	114	95.8	107	93.9	118	95.9	110	96.5	109	94.8	92	96.8	1.60	0.903
ไม่เพียงพอ	30	4.4	5	4.2	7	6.1	5	4.1	4	3.5	6	5.2	3	3.2		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

ตารางที่ 11 ความปลอดภัยในห้องน้ำ

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะห้องน้ำ																
อยู่ในตัวบ้าน	144	21.2	30	25.2	17	14.9	18	14.6	33	28.9	30	26.1	16	16.8	13.84	0.017*
แยกออกจากตัวบ้าน	536	78.8	89	74.8	97	85.1	105	85.4	81	71.1	85	73.9	79	83.2		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สภาพทางเดินไปห้องน้ำ																
ทางขรุขระ มีพื้นต่างระดับ	348	51.2	60	50.4	65	57.0	78	63.4	37	32.5	61	53.0	47	49.5	25.217	<0.001*
ทางราบเรียบ	332	48.8	59	49.6	49	43.0	45	36.6	77	67.5	54	47.0	48	50.5		
วัสดุที่ใช้สร้างห้องน้ำคงทนแข็งแรง																
ใช่	624	91.8	111	93.3	103	90.4	109	88.6	104	91.2	108	93.9	89	93.7	3.48	0.626
ไม่ใช่	56	8.2	8	6.7	11	9.6	14	11.4	10	8.8	7	6.1	6	6.3		
ราวจับหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงตัว																
มี	33	4.9	2	1.7	6	5.3	5	4.1	6	5.3	4	3.5	10	10.5	9.93	0.077
ไม่มี	647	95.1	117	98.3	108	94.7	118	95.9	108	94.7	111	96.5	85	89.5		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พื้นทำจากวัสดุที่ไม่ลื่น																
ใช่	581	85.4	101	84.9	93	81.6	105	85.4	104	91.2	105	91.3	73	76.8	13.29	0.021*
ไม่ใช่	99	14.6	18	15.1	21	18.4	18	14.6	10	8.8	10	8.7	22	23.2		
ปริมาณน้ำสำหรับทำความสะอาด																
เพียงพอ	616	90.6	97	81.5	95	83.3	117	95.1	109	95.6	104	90.4	94	98.9	32.666	<0.001*
ไม่เพียงพอ	64	9.4	22	18.5	19	16.7	6	4.9	5	4.4	11	9.6	1	1.1		
อุปกรณ์ไฟฟ้าอยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย																
ไม่มี	584	85.9	100	84.0	96	84.2	109	88.6	101	88.6	102	88.7	76	80.0	5.512	0.357
มี	96	14.1	19	16.0	18	15.8	14	11.4	13	11.4	13	11.3	19	20.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

จากตารางที่ 12 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ (p-value ≤ 0.05) เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องครัว แสดงให้เห็นว่าในห้องครัวของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า พบว่า มีลักษณะที่สังเกตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่มีห้องครัวแยกออกจากตัวบ้าน (ร้อยละ 51.3) มีหน้าต่างหรือช่องระบายอากาศในห้องครัว (ร้อยละ 66.3) ไม่มีช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับ (ร้อยละ 66.3) มีการจัดเก็บของมีคมอย่างมิดชิด (ร้อยละ 87.9) แต่มักไม่จัดเก็บเครื่องมือหรืออุปกรณ์การทำงานหลังใช้เสร็จ (ร้อยละ 91.8) บริเวณที่ล้างจาน ส่วนใหญ่ไม่มีอันตราย (ร้อยละ 70.0) แต่พบว่าห้องครัวของบ้านของชนเผ่าลาหู่เสี่ยงต่อการลื่นล้มมากที่สุด (ร้อยละ 36.0) สอดคล้องกับที่ชนเผ่าลาหู่ มักสร้างบ้านเดี่ยวชั้นเดียวแต่ยกพื้นสูง และห้องครัวของบ้านของชนเผ่ากะเหรียงเสี่ยงต่อการพลัดตกมากที่สุด (ร้อยละ 17.4) สอดคล้องกับที่ชนเผ่ากะเหรี่ยงส่วนใหญ่มักสร้างบ้านสองชั้น) ส่วนลักษณะอื่นๆ ที่พบ แม้ว่าจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่ไม่มีการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ (ร้อยละ 61.5) ไม่มีอุปกรณ์ไฟฟ้าที่อยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 87.4) มีเครื่องเรือนที่ไม่เสี่ยงต่อการล้ม (ร้อยละ 86.5) และไม่มีการจัดเก็บสารเคมีหรือวัตถุอันตราย (ร้อยละ 96.2)

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ (p-value ≤ 0.05) เกี่ยวกับความปลอดภัยในห้องโถง/ห้องรับแขก แสดงให้เห็นว่าในห้องโถง/ห้องรับแขก ของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า พบว่า มีลักษณะที่สังเกตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่มีหน้าต่างหรือช่องถ่ายเทอากาศ (ร้อยละ 75.4) และมีเครื่องเรือนที่ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม (ร้อยละ 78.1) ส่วนลักษณะอื่นๆ ที่พบ แม้ว่าจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ส่วนใหญ่ไม่มีการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ (ร้อยละ 89.3) และไม่มีอุปกรณ์ไฟฟ้าที่อยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย (ร้อยละ 94.7)



รูปภาพที่ 22 ลักษณะห้องครัวรูปแบบดั้งเดิม



รูปภาพที่ 23 ลักษณะห้องครัวของชนชาติพันธุ์



รูปภาพที่ 24 ลักษณะห้องครัวที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ



รูปภาพที่ 25 ลักษณะห้องครัวของบ้านเรือนที่อยู่บริเวณไหล่เขา



รูปภาพที่ 26 บริเวณที่ล้างจานที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก

ตารางที่ 12 ความปลอดภัยในห้องครัว

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะห้องครัว																
อยู่ในตัวบ้าน	331	48.7	60	50.4	50	43.9	76	61.8	58	50.9	51	44.3	36	37.9	15.17	0.010*
แยกออกจากตัวบ้าน	349	51.3	59	49.6	64	56.1	47	38.2	56	49.1	64	55.7	59	62.1		
หน้าต่างหรือช่องระบายอากาศในห้องครัว																
มี	451	66.3	92	77.3	56	49.1	63	51.2	81	71.1	101	87.8	58	61.1	60.22	<0.001*
ไม่มี	216	31.8	27	22.7	58	50.9	60	48.8	33	28.9	1	0.9	37	38.9		
ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับ																
ไม่มี	451	66.3	86	72.3	62	54.4	71	57.7	87	76.3	77	67.0	68	71.6	19.52	0.002*
มี	229	33.7	33	27.7	52	45.6	52	42.3	27	23.7	38	33.0	27	28.4		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ																
ไม่มี	418	61.5	73	61.3	60	52.6	78	63.4	78	68.4	72	62.6	57	60.0	6.43	0.266
มี	262	38.5	46	38.7	54	47.4	45	36.6	36	31.6	43	37.4	38	40.0		
อุปกรณ์ไฟฟ้าอยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย																
ไม่มี	594	87.4	99	83.2	99	86.8	112	91.1	99	86.8	101	87.8	84	88.4	3.56	0.613
มี	86	12.6	20	16.8	15	13.2	11	8.9	15	13.2	14	12.2	11	11.6		
เครื่องเรือนไม่เสี่ยงต่อการล้ม																
ใช่	588	86.5	100	84.0	103	90.4	105	85.4	99	86.8	104	90.4	77	81.1	6.14	0.293
ไม่ใช่	92	13.5	19	16.0	11	9.6	18	14.6	15	13.2	11	9.6	18	18.9		
จัดเก็บของมีคมอย่างมิดชิด																
ใช่	598	87.9	100	84.0	98	86.0	100	81.3	104	91.2	108	93.9	88	92.6	14.24	0.014*
ไม่ใช่	82	12.1	19	16.0	16	14.0	23	18.7	10	8.8	7	6.1	7	7.4		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จัดเก็บสารเคมีหรือวัตอันตราย																
ไม่มี	654	96.2	115	96.6	108	94.7	115	93.5	108	94.7	115	100.0	93	97.9	9.09	0.105
มี	26	3.8	4	3.4	6	5.3	8	6.5	6	5.3	0	0.0	2	2.1		
จัดเก็บเครื่องมือ																
ไม่มี	624	91.8	106	89.1	108	94.7	106	86.2	104	91.2	112	97.4	88	92.6	12.50	0.028*
มี	56	8.2	13	10.9	6	5.3	17	13.8	10	8.8	3	2.6	7	7.4		
อันตรายบริเวณที่ล้างจาน																
ไม่มี	476	70.0	97	81.5	54	47.4	87	70.7	93	81.6	67	58.3	78	82.1	97.83	<0.001*
เสี่ยงต่อการลื่นล้ม	154	22.6	19	16.0	41	36.0	34	27.6	19	16.7	25	21.7	16	16.8		
เสี่ยงต่อการพลัดตก	46	6.8	3	2.5	19	16.7	2	1.6	1	0.9	20	17.4	1	1.1		
เสี่ยงต่อการลื่นล้มและพลัด	4	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9	3	2.6	0	0.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

ตารางที่ 13 ความปลอดภัยในห้องโถง ห้องรับแขก

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
หน้าต่างหรือช่องถ่ายเทอากาศ																
มี	513	75.4	90	75.6	74	64.9	89	72.4	96	84.2	102	88.7	62	65.3	28.40	*<0.001
ไม่มี	167	24.6	29	24.4	40	35.1	34	27.6	18	15.8	13	11.3	33	34.7		
ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับ																
ไม่มี	613	90.1	113	95.0	94	82.5	110	89.4	111	97.4	101	87.8	84	88.4	18.47	*0.002
มี	67	9.9	6	5.0	20	17.5	13	10.6	3	2.6	14	12.2	11	11.6		
จัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ																
ไม่มี	607	89.3	104	87.4	102	89.5	110	89.4	104	91.2	103	89.6	84	88.4	0.98	0.964
มี	73	10.7	15	12.6	12	10.5	13	10.6	10	8.8	12	10.4	11	11.6		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

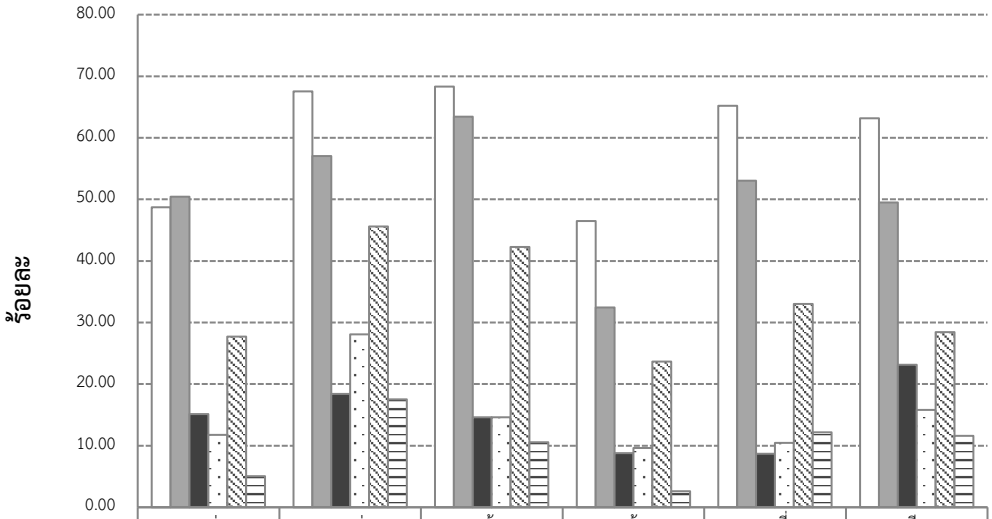
คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อุปกรณ์ไฟฟ้าอยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย																
ไม่มี	644	94.7	117	98.3	110	96.5	113	91.9	106	93.0	111	96.5	87	91.6	9.08	0.106
มี	36	5.3	2	1.7	4	3.5	10	8.1	8	7.0	4	3.5	8	8.4		
เครื่องเรือนแข็งแรง ไม่เสี่ยงต่อการล้ม																
ใช่	531	78.1	76	63.9	75	65.8	94	76.4	107	93.9	100	87.0	79	83.2	47.63	<0.001*
ไม่ใช่	149	21.9	43	36.1	39	34.2	29	23.6	7	6.1	15	13.0	16	16.8		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

ปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการสะดุด ลื่นล้ม หกล้ม

จากตารางที่ 10-13 จะพบว่าแม้ส่วนใหญ่แล้ว ในห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัวและห้องโถง/รับแขกของบ้านของผู้สูงอายุทุกชนเผ่าจะมีลักษณะโดยรวมอยู่ในสภาพที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตที่สำคัญเกี่ยวกับบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงหรือจุดที่มักทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาได้รับอุบัติเหตุทั้งจากการสะดุด ลื่นล้ม หกล้ม (ซึ่งเป็นลักษณะของอุบัติเหตุภายในบ้านที่พบได้มากที่สุด) แสดงดังรูปที่ 27 รวมไปถึงการได้รับอุบัติเหตุจากของหล่นใส่ ล้มทับ แสดงดังรูปที่ 28 และ 29)

รูปที่ 27 แสดงให้เห็นว่าในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า ส่วนใหญ่บริเวณที่มักเป็นจุดที่ได้รับอุบัติเหตุจากการสะดุด หกล้ม ลื่นล้ม มากที่สุดคือ บริเวณบ้านที่มีจุดเสี่ยงต่อการพลัดตก (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าม้ง ร้อยละ 68.3) รองลงมาคือ ทางเดินไปห้องน้ำซึ่งมักเป็นทางขรุขระหรือพื้นต่างระดับ (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าม้ง ร้อยละ 63.4) ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องครัว (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่, ร้อยละ 45.6) พื้นห้องน้ำทำจากวัสดุที่ลื่นหรือมีสภาพเสี่ยงต่อการลื่น (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลีซู ร้อยละ 23.2) ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องนอน (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่, ร้อยละ 28.1) และ ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องโถงหรือห้องรับแขก (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่ ร้อยละ 17.5)



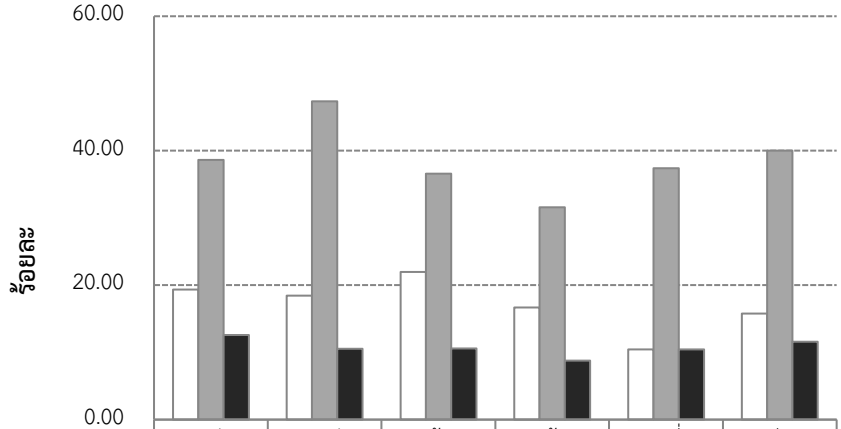
	อาข่า	ลาหู่	ม้ง	เย้า	กะเหรี่ยง	ลีซู
บริเวณบ้านมีจุดที่เสี่ยงต่อการพลัดตก	48.74	67.54	68.29	46.49	65.22	63.16
ทางเดินไปห้องน้ำเป็นทางขรุขระหรือพื้นต่างระดับ	50.42	57.02	63.41	32.46	53.04	49.47
พื้นห้องน้ำทำจากวัสดุที่ลื่นหรือมีสภาพเสี่ยงต่อการลื่น	15.13	18.42	14.63	8.77	8.70	23.16
ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องนอน	11.76	28.07	14.63	9.65	10.43	15.79
ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องครัว	27.73	45.61	42.28	23.68	33.04	28.42
ช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องโถง ห้องรับแขก	5.04	17.54	10.57	2.63	12.17	11.58

รูปภาพที่ 27 ร้อยละของจุดเสี่ยงต่อการสะดุด หกล้ม ลื่นล้ม บริเวณต่างๆในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากของหล่นใส่ ล้มทับ

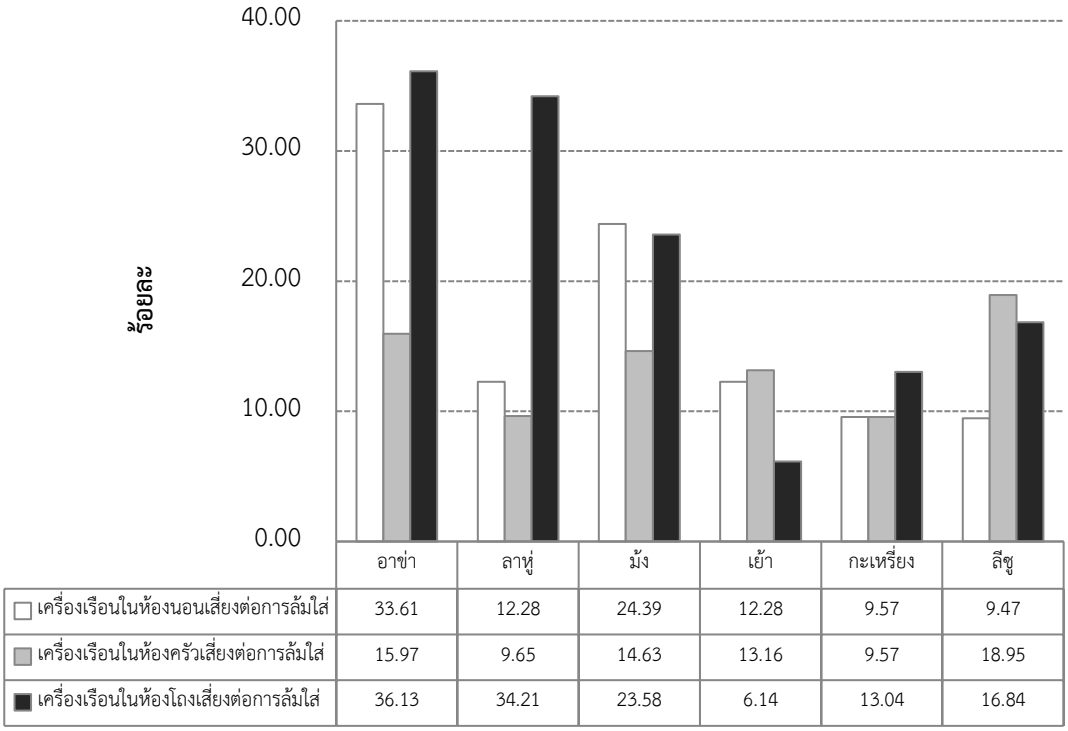
การจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องต่างๆ คือ ห้องนอน ห้องครัวและห้องโถง ในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่าที่ทำการสำรวจ (รูปที่ 28) พบว่า ห้องที่มักเป็นจุดที่ได้รับอุบัติเหตุจากของหล่นใส่เนื่องจากการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ มากที่สุดคือ ห้องครัว (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่, ร้อยละ 47.4) รองลงมาคือ ห้องนอน (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าม้ง ร้อยละ 22.0) และ ห้องโถง (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าอาข่า ร้อยละ 12.6)

รูปที่ 29 แสดงให้เห็นว่า เครื่องเรือนที่อยู่ในห้องนอน ห้องครัวและห้องโถง ในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า ก็อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มทับได้เช่นเดียวกัน โดยพบว่า ในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าอาข่า ในห้องนอนและห้องโถงมีความเสี่ยงต่อการที่ของจะล้มทับมากที่สุด (ร้อยละ 33.6 และ ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ) ในขณะที่ ในครัวของที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลีซู มีความเสี่ยงต่อการที่ของจะล้มทับมากที่สุด (ร้อยละ 18.9)



	อาข่า	ลาหู่	ม้ง	เย้า	กะเหรี่ยง	ลีซู
จัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องนอน	19.33	18.42	21.95	16.67	10.43	15.79
จัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องครัว	38.66	47.37	36.59	31.58	37.39	40.00
จัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องโถง	12.61	10.53	10.57	8.77	10.43	11.58

รูปภาพที่ 28 ร้อยละของจุดเสี่ยงต่อของหล่นใส่แยกตามห้องต่างๆ



	อาข่า	ลาหู่	ม้ง	เย้า	กะเหรี่ยง	ลีซู
เครื่องเรือนในห้องนอนเสี่ยงต่อการล้มใส่	33.61	12.28	24.39	12.28	9.57	9.47
เครื่องเรือนในห้องครัวเสี่ยงต่อการล้มใส่	15.97	9.65	14.63	13.16	9.57	18.95
เครื่องเรือนในห้องโถงเสี่ยงต่อการล้มใส่	36.13	34.21	23.58	6.14	13.04	16.84

รูปภาพที่ 29 ร้อยละของจุดเสี่ยงต่อของล้มทับแยกตามห้องต่างๆ



รูปภาพที่ 30 สภาพทางเดินไปห้องน้ำที่ผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุจากการลื่น หกล้ม



รูปภาพที่ 31 ทางลาดเอียงที่ประยุกต์เอง

4.3 ด้านการสุขาภิบาล

ในส่วนของการสุขาภิบาล คณะผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งน้ำที่ใช้สำหรับบริโภคและอุปโภค สัตว์รบกวน แหล่งนำโรค ในบริเวณบ้านเรือนและชุมชนที่ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ รวมถึงการสุขาภิบาลด้านอาหารด้วย

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ α = 0.05 เกี่ยวกับการสุขาภิบาลที่พักอาศัยในบริเวณบ้านเรือนและชุมชนของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา เมื่อจำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า แหล่งน้ำที่ใช้สำหรับบริโภค ส่วนใหญ่เป็นน้ำจากประปาภูเขา (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือมีเครื่องกรองน้ำดื่มและซื้อน้ำดื่ม (ร้อยละ 26.8) และ น้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ (ร้อยละ 16.3) ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบอีกว่าแต่ละชนเผ่าใช้น้ำบริโภคจากแหล่งน้ำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยชนเผ่าลาหู่ ม้ง กะเหรี่ยง และลีซู บริโภคน้ำจากประปาภูเขาเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ชนเผ่าอาข่าและเย้า กรองน้ำดื่มและซื้อน้ำดื่มเป็นส่วนใหญ่ ด้านแหล่งน้ำที่ใช้สำหรับอุปโภค พบว่า ส่วนใหญ่เป็นน้ำจากประปาภูเขาของหมู่บ้าน (ร้อยละ 73.8) และทุกชนเผ่านิยมใช้น้ำจากประปาภูเขามากกว่าแหล่งอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาว่า น้ำตามแหล่งน้ำธรรมชาติที่นำมาผ่านการกรองโดยวิธีธรรมชาติ แม้จะมีความสะอาดเพียงพอสำหรับอุปโภคและบริโภค แต่อาจยังมีแร่ธาตุต่าง ๆ ละลายอยู่บ้างตามสิ่งที่น้ำนั้นได้ไหลผ่าน เช่น น้ำในลำธาร และที่ผ่านชั้นดินชั้นหินในดิน ทั้งนี้ แร่ธาตุที่ละลายในน้ำบางชนิด หากมีมากเกินไป ก็เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ ซึ่งไม่ปลอดภัยต่อการนำมาใช้อุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวัน นอกจากแร่ธาตุต่างๆแล้ว การปนเปื้อนของของเสียจากมนุษย์และสัตว์ในแหล่งน้ำธรรมชาติ ก็ส่งผลต่อสุขภาพได้เช่นกันเนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงของการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินอาหาร ปริมาณแบคทีเรียที่มักพบในระบบทางเดินอาหารของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งขับถ่ายของมนุษย์และสัตว์ โดยเฉพาะแบคทีเรียโคลิฟอร์ม (Coliform bacteria) จึงเป็นดัชนีบ่งชี้ความสะอาดของแหล่งน้ำนั้นได้ แบคทีเรียโคลิฟอร์ม ประกอบด้วย แบคทีเรีย 2 กลุ่ม คือ ฟีคัลโคลิฟอร์ม (Fecal coliform bacteria) และ นอน-ฟีคัลโคลิฟอร์ม (Non-fecal coliform bacteria) ฟีคัลโคลิฟอร์ม เป็นโคลิฟอร์มที่พบได้เฉพาะในระบบทางเดินอาหารและสิ่งขับถ่าย อุจจาระของสัตว์เลือดอุ่น ได้แก่ แบคทีเรียสกุล *Escherichia* ขณะที่นอน-ฟีคัลโคลิฟอร์ม เป็นโคลิฟอร์มที่พบในดิน และพืชได้แก่ แบคทีเรียสกุล *Enterobacter* การตรวจสอบการปนเปื้อนของแบคทีเรียในแหล่งน้ำ จะตรวจวิเคราะห์ปริมาณแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มทั้งหมด (Total Coliform Bacteria: TCB) และแบคทีเรียกลุ่มฟีคัลโคลิฟอร์ม ฟีคัลโคลิฟอร์ม(Fecal Coliform Bacteria: FCB) เพื่อใช้เป็นดัชนีบ่งชี้ความสะอาดของแหล่งน้ำนั้น และเมื่อ ฟีคัลโคลิฟอร์ม พบได้เฉพาะในอุจจาระของสัตว์เลือดอุ่นเท่านั้น จึงสามารถเป็นตัวชี้วัดการปนเปื้อนของ สิ่งปฏิกูลจากมนุษย์และสัตว์ในแหล่งน้ำได้ คณะผู้วิจัย จึงเก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำที่ประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาแต่ละชนเผ่าใช้สำหรับบริโภคและอุปโภคข้างต้น เพื่อวิเคราะห์คุณภาพน้ำตัวอย่าง ทั้งในด้านกายภาพ (เป็นกรด-ด่าง, pH) ด้านชีววิทยา คือ การปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มทั้งหมด (Total Coliform Bacteria, TCB) และการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มฟีคัลโคลิฟอร์ม (Fecal Coliform Bacteria, FCB) โดยใช้วิธี Most Probable Number (MPN) เพื่อประเมินปริมาณ TCB และ FCB เพื่อให้ได้ค่า Most Probable Number (MPN) index

ต่อน้ำ 100 มล. เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค กรมอนามัย พ.ศ. 2543 ซึ่งผลการวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำแสดงดังตารางที่ 14

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางกายภาพ พบว่าค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ของน้ำตัวอย่างอยู่ระหว่าง 5-7.5 มีกลิ่น สี และความขุ่นตามสภาพธรรมชาติ เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินประเภทที่ 1 ในขณะที่คุณภาพน้ำทางชีววิทยา พบว่าแหล่งน้ำเก็บตัวอย่างน้ำมาทดสอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83) มีการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มทั้งหมด (TCB) และแบคทีเรียกลุ่มฟีคัลโคลิฟอร์ม (FCB) โดยมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 17.02) ที่ไม่พบการปนเปื้อนของแบคทีเรีย TCB และ FCB ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์จากแหล่งน้ำสำหรับอุปโภคหลัก สามอันดับแรก ได้แก่ ประปาภูเขา กรอง/ซื้อน้ำดื่ม และแหล่งน้ำธรรมชาติบนผิวดิน พบว่ามีข้อสังเกตที่เห็นได้ชัดเจนคือ แหล่งน้ำสำหรับอุปโภคที่ได้จากการกรองหรือซื้อน้ำดื่ม จะมีการปนเปื้อนของแบคทีเรีย TCB และ FCB น้อยมากหรือไม่มีเลย ในขณะที่แหล่งน้ำที่ได้จากประปาภูเขาและแหล่งน้ำธรรมชาตินั้น จะพบการปนเปื้อนของแบคทีเรีย TCB และ FCB มากกว่า โดยปริมาณ TCB สูงสุด มีค่า MPN ต่อน้ำ 100 มล. = 1100 พบที่หมู่บ้านห้วยข่อยหล่อย (ประปาภูเขา: ชนเผ่าเย้า) หมู่บ้านขี้เหล็กใหม่ (ประปาภูเขา: ชนเผ่าลาหู่) หมู่บ้านแควัวดำ (ประปาภูเขา: ชนเผ่ากะเหรี่ยง) และ หมู่บ้านหัวแม่คำ (แหล่งน้ำธรรมชาติ: ชนเผ่าลีซู) และ ปริมาณ FCB สูงสุด มีค่า MPN ต่อน้ำ 100 มล. = 460 พบที่ หมู่บ้านผาเดื่อ (ประปาภูเขา: ชนเผ่าเย้า) หมู่บ้านแควัวดำ (ประปาภูเขา : ชนเผ่ากะเหรี่ยง) และหมู่บ้านม่วงกาญจน์ (แหล่งน้ำธรรมชาติ: ชนเผ่าม้ง) อย่างไรก็ตาม มีแหล่งน้ำจากประปาภูเขาที่ไม่พบการปนเปื้อนของแบคทีเรีย TCB และ FCB เลย ได้แก่ หมู่บ้านปางขอน และห้วยแม่เหลี่ยม (ชนเผ่าเย้า) หมู่บ้านหนองผำ (ชนเผ่าลาหู่) และหมู่บ้านห้วยซ้านลีซู (ชนเผ่าลีซู) ข้อสังเกตเพิ่มเติมคือ ทั้งสามแหล่งน้ำจากประปาภูเขาที่ไม่พบการปนเปื้อนของแบคทีเรีย TCB และ FCB เลยนั้น มีค่า pH ต่ำ (5-5.5) กว่าแหล่งน้ำจากประปาภูเขาอื่นๆที่พบการปนเปื้อนของแบคทีเรีย TCB และ FCB

ด้านการสุขาภิบาลที่พักอาศัยทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีเศษขยะรอบบ้าน (ร้อยละ 89.6) และไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 92.1) ในขณะที่แม้ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับน้ำท่วมขังบริเวณบ้านเรือน ซึ่งอาจกลายเป็นแหล่งเพาะพันธ์สัตว์นำโรค แต่กลับพบว่าในส่วนที่อยู่อาศัยของชนเผ่าที่พบปัญหานี้มากที่สุด คือชนเผ่าลาหู่ (ร้อยละ 59.6) และกะเหรี่ยง (ร้อยละ 54.8) สัตว์รบกวนที่เป็นปัญหามากที่สุด ในบริเวณที่อยู่อาศัยของทุกชนเผ่า คือ ยุง (ร้อยละ 58.5) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่ส่วนใหญ่ทุกชนเผ่ามีการเลี้ยงสัตว์บริเวณรอบๆบ้าน (ร้อยละ 70.4) และส่วนใหญ่มีถังขยะ แต่ไม่มีฝาปิด (ร้อยละ 69.7)

ด้านการสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ทุกชนเผ่าใช้เครื่องปรุงอาหารทุกชนิดที่มีเครื่องหมายอย. (ร้อยละ 68.5) โดยพื้นผิวของสถานที่ประกอบอาหาร ส่วนใหญ่ เป็นไม้ (ร้อยละ 55.0) มากกว่าพื้นผิวอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับวัสดุที่ใช้ในการสร้างบ้าน (ไม้) นั่นเอง แต่ยังพบว่ามีการเตรียมอาหารบนดินอยู่ โดยเฉพาะในบ้านเรือนของชนเผ่าม้ง (ร้อยละ 21.1) ซึ่งสอดคล้องกับการที่ตัวบ้านของชนเผ่าม้งมักนิยมปลูกคล่อมอยู่บนพื้นดินที่ทุบแน่น โดยความสูงของพื้นที่เตรียมอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.5) เตรียมอาหารสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร ตามหลักสุขาภิบาล และอาหารที่ปรุงสุกแล้วได้รับการปกปิดอย่างมิดชิด (ร้อยละ 82.8)

ตารางที่ 14 การสุขาภิบาลที่พักอาศัยในบริเวณบ้านเรือนและชุมชนของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา จำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	680	100	119	17.5	114	16.8	123	18.1	114	16.8	115	16.9	95	14.0		
แหล่งน้ำบริโภค																
แหล่งน้ำธรรมชาติ	111	16.3	26	21.8	34	29.8	22	17.9	1	0.9	20	17.4	8	8.4	159.31	<0.001*
ประปาภูเขา	298	43.8	37	31.1	59	51.8	67	54.5	50	43.9	46	40.0	39	41.1		
น้ำฝน (มีภาชนะรองรับและกักเก็บน้ำฝน)	6	0.9	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	5	4.3	0	0.0		
กรองน้ำเองและซื้อน้ำดื่ม	182	26.8	43	36.1	18	15.8	17	13.8	54	47.4	32	27.8	18	18.9		
ประปาหมู่บ้านที่ผ่านระบบบำบัดที่ถูกต้อง	74	10.9	13	10.9	2	1.8	15	12.2	9	7.9	10	8.7	25	26.3		
แหล่งน้ำธรรมชาติและซื้อน้ำดื่ม	5	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.9	3	3.2		
ประปาภูเขาและซื้อน้ำดื่ม	2	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.9	0	0.0		
น้ำฝนและซื้อน้ำดื่ม	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.1		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แหล่งน้ำอุปโภค																
แหล่งน้ำธรรมชาติ	83	12.2	16	13.4	29	25.4	27	22.0	1	0.9	2	1.7	8	8.4	211.67	<0.001*
น้ำบ่อ น้ำบาดาล	58	8.5	9	7.6	0	0.0	6	4.9	1	0.9	32	27.8	10	10.5		
น้ำฝน (มีภาชนะรองรับและกักเก็บน้ำฝน)	5	0.7	0	0.0	2	1.8	0	0.0	0	0.0	3	2.6	0	0.0		
ประปาภูเขาของหมู่บ้าน	502	73.8	93	78.2	82	71.9	78	63.4	111	97.4	64	55.7	74	77.9		
ประปาหมู่บ้านที่ผ่านระบบบำบัดที่ถูกต้อง	23	3.4	1	0.8	1	0.8	6	4.9	1	0.9	13	11.3	1	1.1		
แหล่งน้ำธรรมชาติและบ่อบาดาล	5	0.7	0	0.0	0	0.0	4	3.3	0	0.0	1	0.9	0	0.0		
บ่อบาดาลและประปาหมู่บ้าน	2	0.3	0	0.0	0	0.0	2	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
น้ำฝนและประปาหมู่บ้าน	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เศษขยะบริเวณรอบบ้าน																
ไม่มีเศษขยะรอบบ้าน	609	89.6	110	92.4	94	82.5	114	92.7	106	93.0	101	87.8	84	88.4	10.41	0.064
มีเศษขยะรอบบ้าน	71	10.4	9	7.6	20	17.5	9	7.3	8	7.0	14	12.2	11	11.6		
กลิ่นไม่พึงประสงค์																
ไม่มี	626	92.1	114	95.8	98	86.0	116	94.3	105	92.1	107	93.0	86	90.5	9.37	0.095
มี	54	7.9	5	4.2	16	14.0	7	5.7	9	7.9	8	7.0	9	9.5		
น้ำท่วมขังหรือน้ำเสียบริเวณบ้าน																
ไม่มี	456	67.1	104	87.4	46	40.4	96	78.0	88	77.2	52	45.2	70	73.7	97.83	<0.001*
มี	224	32.9	15	12.6	68	59.6	27	22.0	26	22.8	63	54.8	25	26.3		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สัตว์รบกวนหรือสัตว์นำโรค																
ไม่มีสัตว์รบกวน	207	30.4	34	28.6	37	32.5	49	39.8	37	32.5	17	14.8	33	34.7	143.64	<0.001*
ยุง	398	58.5	77	64.7	71	62.3	51	41.5	58	50.9	86	74.8	55	57.9		
แมลง	36	5.3	7	5.9	5	4.4	6	4.9	3	2.6	9	7.8	6	6.3		
สัตว์มีพิษ	11	1.6	0	0.0	0	0.0	11	8.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
หนู	8	1.2	1	0.8	1	0.9	4	3.3	1	0.9	0	0.0	1	1.1		
ยุง,แมลง,หนู	5	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	4.4	0	0.0	0	0.0		
ยุง,สัตว์มีพิษ,หนู	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.8	0	0.0	0	0.0		
ยุง,หนู	13	1.9	0	0.0	0	0.0	2	1.6	8	7.0	3	2.6	0	0.0		
การเลี้ยงสัตว์																
ไม่เลี้ยงสัตว์บริเวณบ้าน	147	21.6	41	34.5	17	14.9	21	17.1	29	25.4	13	11.3	26	27.4	108.72	<0.001*
เลี้ยงสัตว์ใต้ถุนบ้าน	53	7.8	13	10.9	30	26.3	2	1.6	1	0.9	7	6.1	0	0.0		
เลี้ยงสัตว์บริเวณบ้าน	479	70.4	65	54.6	67	58.8	100	81.3	84	73.7	94	81.7	69	72.6		
เลี้ยงใต้ถุนบ้านและบริเวณบ้าน	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9	0	0.0		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มูลสัตว์บริเวณบ้าน																
ไม่มี	606	89.1	104	87.4	91	79.8	115	93.5	106	93.0	106	92.2	84	88.4	15.85	0.007*
มี	74	10.9	15	12.6	23	20.2	8	6.5	8	7.0	9	7.8	11	11.6		
แหล่งปฏิกูล (แหล่งรังโรค)																
ไม่มี	276	40.6	72	60.5	22	19.3	81	65.9	47	41.2	17	14.8	37	38.9	243.11	<0.001*
น้ำท่วมขังที่บ้าน	109	16.0	8	6.7	42	36.8	7	5.7	10	8.8	30	26.1	12	12.6		
คอกสัตว์เลี้ยง	123	18.1	22	18.5	29	25.4	16	13.0	22	19.3	16	13.9	18	18.9		
ป่าหญ้าบริเวณบ้าน	105	15.4	17	14.3	12	10.5	3	2.4	29	25.4	25	21.7	19	20.0		
น้ำท่วมขังและคอกสัตว์เลี้ยง	25	3.7	0	0.0	6	5.3	8	6.5	4	3.5	4	3.5	3	3.2		
น้ำท่วมขัง คอกสัตว์เลี้ยง ป่าหญ้า	15	2.2	0	0.0	3	2.6	1	0.8	1	0.9	7	6.1	3	3.2		
น้ำท่วมขัง ป่าหญ้า	10	1.5	0	0.0	0	0.0	2	1.6	0	0.0	8	7.0	0	0.0		
คอกสัตว์เลี้ยง ป่าหญ้าบริเวณบ้าน	13	1.9	0	0.0	0	0.0	3	2.4	1	0.9	6	5.2	3	3.2		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซู			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ถังขยะ																
มี	132	19.4	13	10.9	15	13.2	24	19.5	35	30.7	20	17.4	25	26.3	40.35	<0.001*
มีแต่ไม่มีฝาปิด	474	69.7	94	79.0	85	74.6	73	59.3	70	61.4	89	77.4	63	66.3		
ไม่มีถังขยะ	74	10.9	12	10.1	14	12.3	26	21.1	9	7.9	6	5.2	7	7.4		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05



รูปภาพที่ 32 การเลี้ยงสัตว์บริเวณที่พักอาศัย



รูปภาพที่ 33 การเลี้ยงสัตว์ใต้ถุนบ้านที่พักอาศัย

ตารางที่ 15 ปริมาณแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มทั้งหมด (Total Coliform Bacteria : TCB) และ แบคทีเรียกลุ่มฟีคัลโคลิฟอร์ม (Fecal Coliform Bacteria : FCB) ในแหล่งน้ำผิวดินที่ประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาแต่ละเผ่าใช้แหล่งน้ำนั้นเพื่อการอุปโภคและบริโภค

ชนเผ่า	จุดเก็บตัวอย่าง (หมู่บ้าน)	แหล่งน้ำบริโภค	แหล่งน้ำอุปโภค	pH (6.5-8.5)*	TCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*	FCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*
เย้า	ผาเดื่อ	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6	460	460
	ห้วยข่อยหล่อย	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	7	1100	93
	เลาลี	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	7	23
	ปางขอน	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	-	-
	ห้วยแม่เหลี่ยม	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	-	-
	ห้วยช้างลอด	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	<3	<3
	ใหม่พัฒนา	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	43	7
ลาหู่	หัวฝาย	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6	460	4
	พนาสวรรค์	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	7	240	93
	โป่งหนอง	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	75	43
	ห้วยม่วง	แหล่งน้ำธรรมชาติ	แหล่งน้ำธรรมชาติ	5.5	43	4
	ขี้เหล็กใหม่	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6.5	1100	7
	หนองผำ	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5	-	-

ชนเผ่า	จุดเก็บตัวอย่าง (หมู่บ้าน)	แหล่งน้ำบริโภค	แหล่งน้ำอุปโภค	pH (6.5-8.5)*	TCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*	FCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*
กะเหรี่ยง	ดอยฮาง	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6	4	< 3
	ยางคำนุ	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6	4	4
	แควัวดำ	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	7	1100	460
	หนองเขียว	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	39	23
	ห้วยหินลาดใน	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6.5	23	9
	ห้วยน้ำเย็น	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	4	<3
	แม่ยางมิ้น	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	9	7
	บ้านดอย	กรองน้ำดื่มหรือซื้อน้ำดื่ม	น้ำบ่อ น้ำบาดาล	7.5	4	<3
	หนองด่าน	กรองน้ำดื่มหรือซื้อน้ำดื่ม	ประปาภูเขา	5.5	-	-
	ทุ่งโค้ง	น้ำบ่อ น้ำบาดาล	น้ำบ่อ น้ำบาดาล	6.5	4	<3

ชนเผ่า	จุดเก็บตัวอย่าง (หมู่บ้าน)	แหล่งน้ำบริโภค	แหล่งน้ำอุปโภค	pH (6.5-8.5)*	TCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*	FCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*
อาข่า	พญาเลาอู	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6	460	9
	แม่แอบ	กรองน้ำดื่มหรือซื้อน้ำดื่ม	ประปาภูเขา	5.5	< 3	< 3
	ผาจี	แหล่งน้ำธรรมชาติ	แหล่งน้ำธรรมชาติ	6.5	150	4
	โล๊ะ	แหล่งน้ำธรรมชาติ	น้ำบ่อ น้ำบาดาล	5.5	43	43
	ย่านำ	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	<3	<3
	สันติ	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	4	<3
	โป่งป่าแขม	กรองน้ำดื่มหรือซื้อน้ำดื่ม	ประปาภูเขา	6.5	4	<3

ชนเผ่า	จุดเก็บตัวอย่าง (หมู่บ้าน)	แหล่งน้ำบริโภค	แหล่งน้ำอุปโภค	pH (6.5-8.5)*	TCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*	FCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*
ม้ง	ขุนห้วยไคร้	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6	93	43
	ขุนต้า	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	7	93	23
	รักแผ่นดิน	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	7	21	4
	ม่วงกาญจน์	แหล่งน้ำธรรมชาติ	แหล่งน้ำธรรมชาติ	6	460	460
	กิ่วกาญจน์	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	7	75	4
	ทุ่งนาน้อย	แหล่งน้ำธรรมชาติ	แหล่งน้ำธรรมชาติ	7	43	15
	พญาภิภัก	ประปาภูเขา	แหล่งน้ำธรรมชาติ	5.5	3	<3
	ขุนห้วยแม่เปา	กรองน้ำดื่มหรือซื้อน้ำดื่ม	ประปาภูเขา	5.5	-	-
	กระแล	กรองน้ำดื่มหรือซื้อน้ำดื่ม	ประปาภูเขา	5.5	-	-
	ไทยสมบูรณ์	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5	9	<3

ชนเผ่า	จุดเก็บตัวอย่าง (หมู่บ้าน)	แหล่งน้ำบริโภค	แหล่งน้ำอุปโภค	pH (6.5-8.5)*	TCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*	FCB MPN index /น้ำ 100 มล. (<0)*
ลีซู	หัวแม่คำ	แหล่งน้ำธรรมชาติ	แหล่งน้ำธรรมชาติ	6	1100	21
	ป่าตึง	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	6.5	23	4
	ห้วยซ้านลีซอ	ประปาภูเขา	ประปาภูเขา	5.5	-	-
	บ้านชัยพฤกษ์	กรองน้ำดื่มหรือซื้อน้ำดื่ม	ประปาภูเขา	6.5	<3	<3

***ค่ามาตรฐานของ pH, TCB, FCB**



รูปภาพที่ 34 บริเวณแท้งค์กักเก็บน้ำประปาภูเขา



รูปภาพที่ 35 ถังกรองน้ำสำหรับบริโภค

ตารางที่ 16 การสุขาภิบาลอาหารในบริเวณบ้านเรือนและชุมชนของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา จำแนกตามกลุ่มชาติพันธุ์

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เครื่องปรุงอาหารมีเครื่องหมาย อย.																
ทุกชนิด	466	68.5	58	48.7	83	72.8	80	65.0	85	74.6	93	80.9	67	70.5	39.02	<0.001*
มีบางชนิด	189	27.8	54	45.4	29	25.4	35	28.5	28	24.6	20	17.4	23	24.2		
ไม่มี	25	3.7	7	5.9	2	1.8	8	6.5	1	0.9	2	1.7	5	5.3		
ลักษณะพื้นผิวที่ประกอบอาหาร																
ไม้	374	55.0	49	41.2	84	73.7	76	61.8	64	56.1	71	61.7	30	31.6	122.86	<0.001*
พลาสติก	82	12.1	20	16.8	13	11.4	9	7.3	10	8.8	18	15.7	12	12.6		
ปูน	131	19.3	31	26.1	13	11.4	12	9.8	26	22.8	18	15.7	31	32.6		
สแตนเลส	3	0.4	0	0.0	2	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1		
ดิน	59	8.7	14	11.8	0	0.0	26	21.1	9	7.9	1	0.9	9	9.5		
กระเบื้อง	31	4.6	5	4.2	2	1.8	0	0.0	5	4.4	7	6.1	12	12.6		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

คุณลักษณะ	ชาติพันธุ์														χ^2	p-value
	ทั้งหมด		อาข่า		ลาหู่		ม้ง		เย้า		กะเหรี่ยง		ลีซอ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บริเวณที่ปรุงอาหารสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 ซม.																
ผ่าน	364	53.5	50	42.0	38	33.3	64	52.0	72	63.2	69	60.0	71	74.7	48.50	<0.001*
ไม่ผ่าน	316	46.5	69	58.0	76	66.7	59	48.0	42	36.8	46	40.0	24	25.3		
การปกปิดอาหารที่ปรุงสุกแล้ว																
ปกปิดมิดชิด	563	82.8	84	70.6	97	85.1	95	77.2	102	89.5	96	83.5	89	93.7	27.05	<0.001*
ไม่ปกปิด	117	17.2	35	29.4	17	14.9	28	22.8	12	10.5	19	16.5	6	6.3		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

บทที่ 5
อภิปรายและวิจารณ์ผล

5.1 ปัจจัยทางทางด้านชุมชน

5.1.1 พื้นที่ตั้งของชุมชน ลักษณะชุมชน และการประกอบอาชีพ

การตั้งชุมชนของชนชาติพันธุ์นั้น ชนเผ่าม้งและลีซู นิยมตั้งชุมชนบนพื้นที่สูง ส่วนชนเผ่าอาข่า ลาหู่ เย้า และกะเหรี่ยง นิยมตั้งบ้านเรือนอยู่บริเวณเชิงเขา ซึ่งยังคงไว้ซึ่งลักษณะแนวคิดการเลือกตั้งถิ่นฐานของแต่ละชนเผ่า โดยยังคงชุมชนในรูปแบบของชุมชนชนบท ที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐาน ยกเว้น ชนเผ่าเย้า ที่ปัจจุบันบางกลุ่มอาศัยอยู่บนพื้นราบ จึงสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆได้ง่าย ลักษณะชุมชนจึงปรับเปลี่ยนไปเป็นรูปแบบของชุมชนเมืองที่ชัดเจนกว่าชนเผ่าอื่นๆ

5.1.2 สถานบริการสุขภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก

ความพึงพอใจด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ทางกายภาพมี 4 ด้านหลักๆ (Rioux and Werner, 2010) ได้แก่ ที่ตั้งมีความสะอาดร่มรื่น ปลอดภัย มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย, เข้าถึงบริการต่างๆได้สะดวก, ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และการตกแต่งในบ้านพักอาศัย ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิต

ด้านการคมนาคมและการเดินทาง ร้อยละ 95.0 มีถนนตัดผ่านหน้าหมู่บ้าน โดยพื้นผิวการจราจรเป็นคอนกรีตและลาดยาง ซึ่งมีความทนทานและสะดวกต่อการเดินทาง แต่ปัญหาที่พบ คือ ถนนเข้า-ออกหมู่บ้านแคบ สูงชันแต่มีราวกันตกเพียงร้อยละ 13.3 ของหมู่บ้าน และถนนในชนเผ่าลาหู่ยังไม่มีเครื่องหมายจราจร นอกจากนี้พบว่า รถโดยสารสาธารณะที่ให้บริการมีเพียงร้อยละ 40.0 เท่านั้น การคมนาคมและการเดินทางจึงยังคงเป็นปัญหาที่ควรได้รับพิจารณาเนื่องจากขาดความสะดวกในการเดินทางทั้งจากสภาพเส้นทางการสัญจรและรถโดยสารสาธารณะที่ไว้คอยอำนวยความสะดวก

ด้านการเข้าถึงบริการต่างๆ ร้อยละ 76.7 สามารถเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพขั้นมูลฐานได้ภายในเวลา 15 นาที มีสถานที่สำหรับปฏิบัติศาสนกิจ มีร้านค้าและสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง แต่ในด้านของสถานที่ออกกำลังกาย พบว่ามีเพียงร้อยละ 18.3 เท่านั้น ที่มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย และประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน คือ สถานีตำรวจหรือหน่วยงานราชการที่ดูแลรักษาความปลอดภัย มีเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้น

5.1.3 ภัยพิบัติ

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีรอยเลื่อนพาดผ่าน และเมื่อปีพ.ศ. 2557 เกิดภัยพิบัติแผ่นดินไหว ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายกับชีวิต ทรัพย์สิน และสถานที่สาธารณะหลายแห่ง ซึ่งทำเลที่ตั้งนั้น มีผลเกี่ยวกับการเกิดเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว ดินโคลนถล่ม ภัยแล้ง ภัยหนาว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทั้งสิ้น จากการสำรวจภัยพิบัติในแต่ละชุมชน พบว่าได้รับผลกระทบจากภัยแล้ง แผ่นดินไหว พายุลมแรง ตามลำดับ ซึ่งประเด็นปัญหาที่พบคือ บางชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ยังไม่มีมาตรการใน

การรับมือและเตรียมความพร้อมในการตอบโต้เหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ความพร้อมทางด้านร่างกายเสื่อมถอยไปตามวัยทำให้เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบต่อการป่วยและการตายมากกว่ากลุ่มอื่น

5.2 ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย

(วิภาวี หม้ายพิมาย, 2556) กล่าวถึงอุบัติเหตุจากการหกล้ม เป็นปัญหาที่พบบ่อยครั้งใจผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายในร่างกาย เช่นการเปลี่ยนแปลงของระบบของกระดูกกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสายตา และปัจจัยภายนอกร่างการ ได้แก่สภาพแวดล้อมภายนอก เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ การจัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nurhan (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในประเทศตุรกี พบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม โดยเฉพาะในบ้าน

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา พบว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นสูงสุด คือการสะดุด ลื่นล้ม หกล้ม (ร้อยละ 18.8) รองลงมาคือ ถูกของมีคมบาด (ร้อยละ 2.8) และการตกจากที่สูง การชนกระแทก (ร้อยละ 1.6) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เอื้อต่อการสะดุด หกล้ม ลื่นล้ม พบว่า บริเวณทางเดินไปห้องน้ำและทางเดินบริเวณรอบๆตัวบ้าน เป็นจุดที่มีความเสี่ยงต่อการสะดุดหกล้มสูงสุด เนื่องจากเป็นที่ต่างระดับ ขรุขระ และลื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lee, et al. (2006) ที่ศึกษาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ พบว่าห้องน้ำ เป็นบริเวณที่อุบัติเหตุสูงสุดในบ้าน (ร้อยละ 29.0) และเมื่อพิจารณาลักษณะการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 นิยมใช้เวลาบริเวณบ้าน และชาวไทยภูเขาร้อยละ 78.8 สร้างห้องน้ำแยกออกจากตัวบ้าน และพบว่าร้อยละ 51.2 ลักษณะทางเดินไปห้องน้ำ เป็นทางเดินขรุขระและมีพื้นต่างระดับ

ปัจจัยด้านแสงสว่างที่เอื้อต่อการมองเห็น ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่จะช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้มองเห็นสิ่งต่างๆได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งบ้านเรือนของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขานั้น ถึงแม้จะเปลี่ยนมาใช้วัสดุที่มีความมั่นคงแข็งแรงขึ้น แต่รูปแบบบ้านยังเป็นไปตามลักษณะความเชื่อและวัฒนธรรมประเพณีในแต่ละชนเผ่า ซึ่งส่วนใหญ่บ้านเรือนจะมีหน้าต่างจำนวนน้อย รับแสงจากธรรมชาติได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้ระดับแสงในห้องโถง (ร้อยละ 77.2) ห้องครัว (ร้อยละ 68.4) และห้องน้ำ (ร้อยละ 60.3) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน และทุกชนเผ่ามีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้นชนเผ่ากะเหรี่ยง ที่มีระดับแสงสว่างในห้องครัวเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 54.8 ซึ่งปัญหาที่พบ นอกเหนือจากการที่มีช่องเปิดรับแสงจากภายนอกไม่เพียงพอแล้ว ยังพบปัญหาเรื่องของตำแหน่งการติดตั้งอุปกรณ์ส่องสว่าง ที่ติดอยู่ในมุมอับ ทำให้แสงกระจายตัวได้ไม่ดี แม้ห้องที่เปิดไฟแสงสว่างแล้ว ยังมีระดับแสงต่ำ รวมถึงความเชื่อของผู้สูงอายุที่ไม่นิยมใช้ไปฟ้าแสงสว่าง เนื่องจากกลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

อุบัติเหตุจากของหล่นใส่ ล้มทับ แม้จะเป็นอุบัติเหตุที่ไม่ค่อยเกิดขึ้นบ่อยนัก แต่การจัดวางสิ่งของเหนือศีรษะที่เสี่ยงต่อการล้มหรือหล่นทับ นั้นจะเป็นอันตรายมากในกรณีที่เกิดแผ่นดินไหวหรือพายุลมแรง ที่อาจทำ

ให้เครื่องเรือนหรือสิ่งของต่างๆหล่นลงมาทับ เป็นอันตรายต่อผู้อยู่อาศัย จากการศึกษาทั้ง 60 หมู่บ้าน พบว่า 40 หมู่บ้าน (ร้อยละ 66.7) เคยประสบภัยพิบัติแผ่นดินไหว 37 หมู่บ้าน (ร้อยละ 61.7) เคยประสบภัยพิบัติพายุลมแรง เมื่อพิจารณาผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องต่างๆ คือ ห้องนอน ห้องครัวและห้องโถง ในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่าที่ทำการสำรวจ พบว่าห้องที่มักเป็นจุดที่ได้รับอุบัติเหตุจากของหล่นใส่เนื่องจากการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะ มากที่สุดคือ ห้องครัว (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลาหู่ ร้อยละ 47.4) รองลงมาคือ ห้องนอน (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าม้ง ร้อยละ 22.0) และ ห้องโถง (พบมากสุดในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าอาข่า, ร้อยละ 12.6)

เครื่องเรือนที่อยู่ในห้องนอน ห้องครัวและห้องโถง ในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกชนเผ่า ก็อาจจะเป็นปัจจัยเสียงต่อการล้มทับได้เช่นเดียวกัน โดยพบว่า ในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าอาข่า ในห้องนอนและห้องโถงมีความเสี่ยงต่อการที่ของจะล้มทับมากที่สุด (ร้อยละ 33.6 และ ร้อยละ 36.1 ตามลำดับ) ในขณะที่ ในครัวของที่พักอาศัยของผู้สูงอายุชนเผ่าลีซู มีความเสี่ยงต่อการที่ของจะล้มทับมากที่สุด (ร้อยละ 18.9)

5.3 การสุขาภิบาล

5.3.1 การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

โดยภาพรวมของการสุขาภิบาลที่พักอาศัยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ยังพบปัญหาแหลงปฏิกูลและแหล่งรังโรคจากคอกสัตว์เลี้ยง ซึ่งชาวไทยภูเขานิยมเลี้ยงหมูและไก่เพื่อเป็นอาหารและใช้ประกอบพิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อ โดยนิยมเลี้ยงไว้บริเวณบ้านร้อยละ 70.4 และเลี้ยงไว้ใต้ถุนบ้านร้อยละ 7.8 ทำให้เกิดปัญหาสัตว์รบกวน เช่น ยุง แมลง และสัตว์มีพิษ รวมถึงปัญหากลิ่นที่ไม่พึงประสงค์จากมูลสัตว์

5.3.2 คุณภาพน้ำอุปโภคและบริโภค

ผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำทางชีววิทยา บ่งชี้ให้เห็นว่า แหล่งน้ำที่ประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่าต่างๆ ใช้ในการอุปโภคและบริโภค มีการปนเปื้อนแบคทีเรีย ทำให้ไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการอุปโภคและบริโภคหากปราศจากการฆ่าเชื้ออย่างถูกวิธี เมื่อพิจารณาว่าน้ำตัวอย่างที่เก็บมาจากพื้นที่ที่ศึกษา ส่วนใหญ่มาจากประปาภูเขาและจากแหล่งน้ำตามธรรมชาติ ซึ่งโดยมาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดิน ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2537) แหล่งน้ำดังกล่าวจัดอยู่ในแหล่งน้ำผิวดินประเภทที่ 1 ซึ่งได้แก่ แหล่งน้ำที่คุณภาพน้ำมีสภาพตามธรรมชาติโดยปราศจากน้ำทิ้งจากกิจกรรมทุกประเภทและสามารถเป็นประโยชน์เพื่อ การอุปโภคและบริโภคโดยต้องผ่านการฆ่าเชื้อโรคตามปกติก่อน นอกจากนี้ยังได้กำหนดคุณภาพของแหล่งน้ำในประเภทที่ 1 นี้ว่า ต้องมีสภาพตามธรรมชาติและสามารถใช้ประโยชน์ได้ แต่ไม่ได้กำหนดค่ามาตรฐานทางกายภาพ (เช่น สี กลิ่น ความเป็นกรด-ด่างเคมี) ค่ามาตรฐานทางเคมี (เช่น ค่าออกซิเจนละลาย ค่าบีโอดี) ตลอดจนค่ามาตรฐานทางชีววิทยา (เช่น ค่าแบคทีเรีย TCB และ FCB) เอาไว้

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย ตามประกาศกรมอนามัย พ.ศ. 2553 ซึ่งกำหนดว่า ความเป็นกรด-ด่าง ต้องอยู่ระหว่าง 6.5-8.5 และต้องตรวจไม่พบแบคทีเรียปนเปื้อน (MPN ต่อน้ำ 100 มล.) ทั้ง TCB และ FCB ซึ่งหากใช้เกณฑ์ดังกล่าวนี้ จะบ่งชี้ได้เช่นเดียวกันว่า คุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดินที่ประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่าต่างๆ ใช้ในการอุปโภคและบริโภค ส่วนใหญ่มีค่าความเป็นกรด-ด่างมากกว่าค่ามาตรฐาน (ร้อยละ 57.5) และมีการปนเปื้อนแบคทีเรีย ทั้ง TCB และ FCB เกินค่ามาตรฐาน (ร้อยละ 82.98) ที่ต้องไม่พบเลย อย่างไรก็ตาม จากการสอบถาม ประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทุกเผ่า ส่วนใหญ่จะใช้การต้มน้ำเพื่อฆ่าเชื้อโรคก่อนจะนำน้ำจากแหล่งน้ำนั้นๆมาใช้เพื่อการบริโภค (ดื่ม) และประกอบอาหาร ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรคในระบบทางเดินอาหารได้ส่วนหนึ่ง แต่เนื่องจากค่าความเป็นกรดของน้ำ ซึ่งสูงกว่าค่ามาตรฐาน อาจส่งผลต่อคุณภาพของกระดูกและฟัน เมื่อมีการบริโภคน้ำนั้นในระยะยาวได้

นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้เช่นกันว่า ขณะที่การเก็บน้ำตัวอย่างที่เก็บได้จากแหล่งน้ำผิวดินที่ประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่าต่างๆ ใช้ในการอุปโภคและบริโภค ครั้งนี้ ได้ทำในช่วงฤดูฝน (มิถุนายน-สิงหาคม 2559) เท่านั้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าแหล่งน้ำนั้นมีโอกาสปนเปื้อนได้สูงกว่าฤดูกาลอื่นๆ หากได้ดำเนินการในฤดูร้อนและฤดูหนาว จะได้ข้อมูลครบทุกฤดูและสามารถนำไปประเมินผลในภาพรวมทั้งปีและเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุขพื้นฐานของประชากรชาวไทยภูเขา โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากที่สุดต่อไป

5.3.3 สุขาภิบาลอาหาร

ด้านการสุขาภิบาลอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ทุกชนเผ่าใช้เครื่องปรุงอาหารทุกชนิดที่มีเครื่องหมายอย. (ร้อยละ 68.5) โดยพื้นผิวของสถานที่ประกอบอาหาร ส่วนใหญ่ เป็นไม้ (ร้อยละ 55.0) มากกว่าพื้นผิวอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับวัสดุที่ใช้ในการสร้างบ้าน (ไม้) นั่นเอง แต่ยังพบว่ามีการเตรียมอาหารบนดินอยู่ โดยเฉพาะในบ้านเรือนของชนเผ่าม้ง (ร้อยละ 21.1) ซึ่งสอดคล้องกับการที่ตัวบ้านของชนเผ่าม้งมักนิยมปลูกคล่อมอยู่บนพื้นดินที่ทุบแน่น โดยความสูงของพื้นที่เตรียมอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.5) เตรียมอาหารสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร ตามหลักสุขาภิบาล และอาหารที่ปรุงสุกแล้วได้รับการปกปิดอย่างมิดชิด (ร้อยละ 82.8)

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยทางด้านชุมชน

1) ทำเลที่ตั้งชุมชนของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ตั้งชุมชนบริเวณที่ราบเชิงเขา มีถนนตัดผ่านหน้าหมู่บ้าน ที่มีพื้นผิวถนนแข็งแรงและอยู่ในสภาพดี แต่ยังพบว่าช่องการจราจรคับแคบ สูงชัน บางหมู่บ้านถนนมีการทรุดตัว

2) สิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตได้แก่ร้านค้า ที่ปฏิบัติศาสนกิจ สถานพยาบาล สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง มีกระจายอยู่มาก สามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่สิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ได้แก่ รถโดยสารประจำทาง สวนสุขภาพ และสถานีตำรวจ เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกที่ยังกระจุกตัว บางหมู่บ้านไม่สามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้

3) ด้านภัยพิบัติภัยพิบัติที่เกิดขึ้นมาที่สุดคือภัยแล้ง แผ่นดินไหว และพายุลมแรง ตามลำดับ ซึ่งภัยแล้งเป็นภัยพิบัติที่ชุมชนได้รับผลกระทบอย่างมาก และมีมาตรการป้องกันไม่ครบทุกหมู่บ้าน ส่วนภัยพิบัติแผ่นดินไหว มีหลายหมู่บ้านที่รับรู้ถึงแรงสั่นสะเทือน แต่ได้รับความเสียหายจำนวนน้อย บางหมู่บ้านจึงยังไม่มีมาตรการป้องกัน

ปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัย

1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานะเป็นเจ้าของบ้าน โดยพักอาศัยร่วมกับลูกหลานและญาติพี่น้อง

2) นิยมสร้างที่อยู่อาศัยบริเวณเชิงเขา โดยส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียวไม่ยกพื้น ซึ่งวัสดุที่นำมาใช้ในการสร้างบ้านส่วนใหญ่คือปูนและไม้ ซึ่งมีความคงทนและแข็งแรงสูง แต่รูปแบบบ้านยังเป็นรูปแบบเดิมตามความเชื่อและประเพณีนิยมของแต่ละชนเผ่า

3) ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีไฟฟ้าเข้าถึงและมีอุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าเกินกำลัง แต่พบว่าบางจุด โดยเฉพาะห้องน้ำและห้องครัว มีอุปกรณ์ไฟฟ้าที่อยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย

4) แสงสว่างที่ช่วยในการมองเห็นทั้งในห้องน้ำ ห้องครัว และห้องโถง ปริมาณแสงสว่างไม่เพียงพอ เนื่องจากลักษณะการสร้างบ้านเรือนที่แสงธรรมชาติส่องเข้าถึงได้น้อย การจัดวางอุปกรณ์ส่องสว่างในตำแหน่งอับ ทำให้การกระจายแสงไม่ดี และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมเปิดไปส่องสว่างเนื่องจากความเคยชินและกลัวสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

5) อุบัติเหตุที่พบสูงสุดในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาคือ การสะดุด ลื่นล้ม หกล้ม ถูกของมีคมบาด การชนกระแทก และการพลัดตกจากที่สูงตามลำดับ

6) ปัจจัยในที่อยู่อาศัยซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุสะดุด ลื่นล้มและหกล้ม คือลักษณะพื้นผิวทางเดินบริเวณบ้านเรือน โดยบริเวณที่พบจุดเสี่ยงสูงได้แก่ ทางเดินไปห้องน้ำ ทางเดินรอบบริเวณบ้าน และพื้นห้องครัว

7) เครื่องเรือนในบ้านจัดวางอย่างมั่นคง ไม่เสี่ยงต่อการล้ม แต่พบปัญหาการจัดเก็บของสูงเกินระยะเอื้อมในห้องครัว ซึ่งอาจตกหล่นมาใส่ผู้อาศัยได้กรณีที่เกิดแผ่นดินไหวหรือพายุลมแรง

8) การประกอบอาหารนิยมใช้ฟืนเป็นเชื้อเพลิง โดยรูปแบบเตาดั้งเดิมที่มีการทำกระบะใส่ดิน ป้องกันไฟลุกลาม

การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

1) น้ำสำหรับอุปโภคและบริโภคส่วนใหญ่ใช้น้ำประปาภูเขา ซึ่งผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้

2) การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย ทั่วไปไม่มีกลิ่นรบกวน ส่วนใหญ่มีถังขยะแต่จะพบปัญหาสัตว์รบกวน จำพวกยุงและแมลงต่างๆ ทั้งนี้แหล่งรังโรคบริเวณที่พักอาศัยอาจมาจากคอกสัตว์เลี้ยงที่นิยมเลี้ยงบริเวณบ้านหรือใต้ถุนบ้าน รวมทั้งน้ำที่ท่วมขัง

3) ด้านการสุขาภิบาลอาหาร รับประทานอาหารปรุงสุก เครื่องปรุงต่างๆส่วนใหญ่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย อย. อาหารที่ปรุงเสร็จแล้วจะจัดเก็บมิดชิดหรือรับประทานให้หมดทุกๆมื้อ ไม่เหลือเก็บ

4) สถานที่เตรียมและปรุงอาหารส่วนใหญ่เป็นโต๊ะไม้สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตรตามหลักสุขาภิบาล แต่ยังพบว่ามีบางชนเผ่าเตรียมอาหารบนดิน

ข้อเสนอแนะ

1) ควรพิจารณาการแก้ปัญหาภัยแล้งและคุณภาพน้ำ สำหรับการอุปโภค บริโภค

2) เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางด้วยรถสาธารณะ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และอาจพัฒนาระบบการบริการสุขภาพและการส่งต่อผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) ด้านที่อยู่อาศัย ควรปรับปรุงสภาพพื้นผิวทางเดินบริเวณบ้านและทางไปห้องน้ำ ให้ราบเรียบและเดินสะดวกขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

Creswell, J. W. (1997). *Qualitative Inquiry and Research Design*. California: Sage Publication, Inc.

Cunningham DA, R. P., Howard JK, et al. (1985). Exercise training and the cardiovascular fitness of man at retirement. *Med Sci Sports Exerc, 17*, 270.

Gloria M. Gutman, Yongjie Yon.(2014) Elder abuse and neglect in disasters: Types, prevalence and research gaps. *International Journal of Disaster Risk Reduction 10(A)*, 38-47

HA, d. (1970). Physiological effects of an exercise training regimen upon men aged 52-88. *J Geront, 25*, 325-336.

HC, C. G. S. (1998). *Geriatric rehabilitation*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2013). *World Disasters*m*Report 2013 : Focus on technology and the future of humanitarian action.* Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

National Disaster Risk reduction and Management Council. (2013). *NDRRMC Update: SitRep No.23 Effects of Typhoon YOLANDA (HAIYAN).* Quezon City, Philippines: Republic of Philippines.

Kai-Kuen Leung, E.-C. W., Bee-Horng Lue, Li-Yu Tang. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research, 13*, 179-190.

Karen Glanz, B. K. R., Frances Marcus Lewis. (2002). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Karisson, M. K. (2001). Skeleton Effects of Exercise in Men. *Calcif Tissue Int 69*, 196-199.

L. Rioux, C. Werner.(2011). Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology 31(2),* 158-169

Mary-Beth Coty, Colette McCammon, Carlee Lehna, Stephanie Twyman, Erin Fahey.(2015) Home fire safety beliefs and practices in homes of urban older adults. *Geriatric Nursing*, *In Press, Corrected Proof*, Available online 27 January 2015

M. Kay Cresci.(2005). Home Health Care Older Adults Living in the Community: Issues in Home Safety.*Geriatric Nursing 26(5)*, 282-286

Ping, Yang, & Xiaohua, Wang. (2012). Risk factors for accidental falls in the elderly and intervention strategy. Journal of Medical Colleges of PLA, 27(5), 299-305. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1000-1948(12)60039-2

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Akha: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/akha.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lahu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/lahu/

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lisu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/lisu.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Karen: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/karen/karen-history.php

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554).Hmong: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/hmong.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Yao: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/mien.html

Rodney M.Coe, J. C. R., Douglas K. Miller, Fredric D.Wolinsky, Katerine S. Virgo. (1993). Nutrition Risk and Survival in Elderly Veteans: A Five Year Follow Up. *Journal of Community Health 18*(6), 327-334.

Stephen M. Golant.(2011). Chapter 15 - The Changing Residential Environments of Older People. *Handbook of Aging and the Social Sciences (Seventh Editio*n), 207-220

Takao Suzuki, H. K., Hideyo Yoshida, and Tatsuro Ishizaki. (2004). Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Miner Metab*(22), 602-611.

Tuohy, Robyn, Stephens, Christine, & Johnston, David. (2014). Older adults' disaster preparedness in the context of the September 2010–December 2012 Canterbury earthquake sequence. International Journal of Disaster Risk Reduction, 9(0), 194-203. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijdrr.2014.05.010

Volkert, D. (2005). Nutrition and Lifestyle of the elderly in Europe. *J Public Health, 13*, 56-61.

WHO. (2006). Definition of an older or elderly person. Retrieved 6 November, 2006, from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html

World Health Organization. (2008). Humanitarian Health Action [Online]. Available from http://www.who.- int/hac/about/definitions/en/. [2012, July 28]

Yeung, Koon-Chuen, & Chan, Charles C. (2012). Measuring safety climate in elderly homes. Journal of Safety Research, 43(1), 9-20. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2011.10.009

กรมอนามัย, (2549). อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดรวม จำแนกตามเพศ. Retrieved 6 พฤศจิกายน 2549

กระทรวงสาธารณสุข, (2549). อาหารผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from http://www.agingthai.org

ยุพิน ขำนิล.(2555).พลังชุมชน ลด(ความเสี่ยง)ภัยพิบัติ กรณีศึกษาเหตุการณ์มหาอุทกภัยจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2554. *ความร่วมมือด้านการจัดการภัยพิบัติระหว่างอาเซียนและองค์กรภาคประชาสังคม*, 6-7

สำเริง กาญจนเมธากุล, (2549). การแพทย์แผนไทยประยุกต์. เชียงราย.

สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. (2546). อาหารสำหรับผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from http://csweb.bsru.ac.th/4000105/chap3/detail3_6.html

โภชนาการผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from http://www.elibonline.com/doctors2/senile_food02.html

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2548). กระบวนทัศน์วิจัยเพื่อท้องถิ่น จุดเปลี่ยนการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). จำนวนประชากรแยกตามอายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 พฤศจิกายน, 2549, from http://www.nesdb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). จำนวนประชากรแยกตามอายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 พฤศจิกายน, 2549, from http://www.nesdb.go.th

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ http://th.wikipedia.org/wiki/.วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี.(2553). กรุงเทพฯ.

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c3t1.html

การส่งเสริมสุขภาพ" (Health Promotion) "กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ" (Ottawa Charter for Health Promotion) (พิศมัย จันทรวิมล, 2541 : 3). กรุงเทพฯ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ *10 (พ.ศ.2550-2554)*. กรุงเทพฯ.

อาหารสำหรับผู้สูงอายุ. Retrieved 3 November, 2549, from hppt://www.bcns.ac.th/elderyfood.html

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชนผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ.(2546). รายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care). เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 5/2546.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ, (2547). รายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care). เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 3/2547.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

นาถ พันธุมนาวิน พงษ์ศักดิ์ มณีนพผล พจมาลย์ ลาภลือชา, (2549). การศึกษาการดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

สมสุดา ผู้พัฒน์ จุฬารัตน์ วัฒนะ. (2551). การประเมินผลการดำเนินงานโครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการการศึกษาและพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์. Available form URI: *http://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=8912*

Acimis, N. M., Mas, N., Yazici, C. A., Gocmen, L., Isık, T., & Mas, R. M. (2009). Accidents of the elderly living in Kocaeli region (turkey). Archives of Gerontology and Geriatrics, 49(2), 220–223. doi:10.1016/j.archger.2008.08.015

Lee, V. M. S., Wong, T. W., & Lau, C. C. (1999). Home accidents in elderly patients presenting to an emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, *7*(2), 102–96. doi:10.1016/S0965-2302(99)80029-0

วิภาวี หม้ายพิมาย.*การหกล้มในผู้สูงอายุปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม.*Retrieved January 3, 2017, from http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/08/old_th.html

ชาวเขาเผ่าต่างๆ ในประเทศไทย - ชนเผ่าเมี่ยน หรือ เย้า โดยสวัสดีดอทคอม. Retrieved December 21, 2016, from http://www.sawadee.co.th/thailand/hilltribes/mien.html

ภาคผนวก



รูปภาพที่ 36 สำรวจพื้นที่เบื้องต้น



รูปภาพที่ 37 ทดสอบแบบสอบถาม



รูปภาพที่ 38 การเดินทางลงพื้นที่เก็บข้อมูลของคณะวิจัย



รูปภาพที่ 39 การเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อวิเคราะห์คุณภาพน้ำ



รูปภาพที่ 40 ตรวจวัดระดับความเข้มแสงบริเวณห้องครัว



รูปภาพที่ 41 สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ



รูปภาพที่ 42 คณะวิจัยลงพื้นที่ประเมินความเสี่ยงที่อยู่อาศัย



รูปภาพที่ 43 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย



รูปภาพที่ 44 สำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย



รูปภาพที่ 45 ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

"การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย"

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของที่อยู่อาศัย

1.สถานะของผู้สูงอายุในบ้าน

☐ เจ้าของบ้าน ☐ ผู้อยู่อาศัย

2. แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ.....

3.ทำเลที่ตั้งของที่อยู่อาศัย

☐ ติดถนนใหญ่

☐ เชิงเขา

☐ ที่ราบตีบเขา

4.ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

☐ บ้านเดี่ยวชั้นเดียวไม่ยกพื้น

☐ บ้านเดี่ยวชั้นเดียวยกพื้นสูง

☐ บ้านเดี่ยวสองชั้น

☐ บ้านเดี่ยวสองชั้นใต้ถุนสูง

☐ ห้องแถวไม้/ตึกแถว

☐ ทาวน์เฮาส์/บ้านแฝด

☐ อื่นๆ ระบุ.....

5.บันไดบ้านมีราวจับที่มั่นคง แข็งแรง

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่เกี่ยวข้อง

6.วัสดุที่ใช้ในการสร้างบ้าน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ปูน ☐ ไม้ ☐ ไม้ไผ่ ☐ อื่นๆ.....

7.ผู้ร่วมอาศัยภายในบ้าน

☐ อาศัยอยู่คนเดียว☐ อาศัยอยู่กับคู่สมรส☐ อาศัยอยู่กับลูก หลาน หรือ ญาติพี่น้อง

8.ท่านใช้เวลาส่วนมากอยู่บริเวณใด

☐ ภายในบ้าน

☐ บริเวณบ้าน

☐ นอกบ้าน

☐ ที่ทำงาน (สวน ไร่ นา)

9.แหล่งน้ำดื่ม

☐ น้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ

☐ น้ำประปา/ประปาหมู่บ้าน

☐ น้ำฝน (มีภาชนะรองรับและกักเก็บน้ำฝน)

☐ กรองน้ำดื่มเอง

☐ ซื้อน้ำดื่ม

10.แหล่งน้ำใช้

☐ แหล่งน้ำธรรมชาติ

☐ น้ำบ่อ น้ำบาดาล

☐ น้ำฝน (มีภาชนะรองรับและกักเก็บน้ำฝน)

☐ ประปาหมู่บ้าน

11.ที่อยู่อาศัยมีไฟฟ้าใช้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

12.ที่อยู่อาศัยมีระบบหรืออุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าเกินกำลัง

☐ มี ☐ ไม่มี

ส่วนที่ 2 บริเวณบ้าน

1. ไม่มีเศษขยะบริเวณรอบตัวบ้าน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

3. ไม่มีน้ำท่วมขังหรือน้ำเสียบริเวณบ้าน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. ไม่มีสัตว์รบกวนหรือสัตว์นำโรค เช่น ยุง แมลง สัตว์มีพิษ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ ☐ ยุง
☐ แมลง
☐ สัตว์มีพิษ
☐ หนู แมลงสาบ
☐ ไม่มี

5. การเลี้ยงสัตว์

☐ ไม่เลี้ยงสัตว์ ☐ เลี้ยงบริเวณใต้ถุนบ้าน ☐ เลี้ยงบริเวณบ้าน

6. ไม่มีมูลสัตว์บริเวณบ้าน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. มีแหล่งปฏิกูล (แหล่งรังโรค)

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน
☐ คอกสัตว์เลี้ยง
☐ ป่า/หญ้าบริเวณบ้าน

8. มีจุดที่เสี่ยงต่อการพลัดตก (บริเวณที่ต่างระดับและไม่มีราวกันตก)

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

9. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทานเคยได้รับอันตรายเหล่านี้หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ สะดุด ลื่น
☐ ชน กระแทก
☐ ถูกของมีคมบาด
☐ พลัดตกจากที่สูงหรือที่ต่างระดับ

ส่วนที่ 3 ห้องนอน

1. ลักษณะห้องนอน

☐ กั้นห้องแยกอย่างชัดเจน ☐ ไม่มีการกั้นห้องแยก

2. ประตู หน้าต่างที่ช่วยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

☐ มี ☐ ไม่มี

3. ไม่มีช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องนอนที่เสี่ยงต่อการสะดุด หกล้ม ลื่นล้ม

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. ไม่มีการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องนอนที่เสี่ยงต่อการหล่นใส่หรือชน กระแทก

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. ไม่มีปลั๊กไฟหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องนอนชำรุดหรืออยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช

6. เครื่องเรือนในห้องนอนไม่มีความแข็งแรงเสี่ยงต่อการล้ม

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. ช่วงเวลากลางวันมีแสงแดดส่องถึง

☐ มี ☐ ไม่มี

8. เครื่องนอนที่ให้ความอบอุ่นมีปริมาณเพียงพอ

☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 4 ห้องน้ำ

1. ลักษณะห้องน้ำ

☐ อยู่ในตัวบ้าน ☐ แยกออกจากตัวบ้าน

2.สภาพทางเดินไปห้องน้ำ

☐ เป็นทางขรุขระ ☐ ทางเดินราบเรียบ ไม่มีจุดที่เป็นทางต่างระดับ

3. ห้องน้ำทำจากวัสดุที่คงทนแข็งแรง มีผนัง หลังคา และประตู

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. ท่านไม่มีความยากลำบากในการนั่งโถส้วม

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. ราวจับหรืออุปกรณ์ช่วงพยุงตัวอื่นๆ

☐ มี ☐ ไม่มี

6. พื้นห้องน้ำทำจากวัสดุที่ไม่ลื่นหรือมีสภาพที่เสี่ยงต่อการลื่นหกล้ม

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. น้ำทำความสะอาดมีปริมาณเพียงพอ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

8. ไม่มีสวิตซ์ไฟหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องน้ำชำรุดหรืออยู่ในสภาพที่ไม่ปลอดภัย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

9. แสงสว่างในห้องน้ำไม่ต่ำกว่า 100 ลักซ์ (ผลการตรวจวัด.....ลักซ์)

☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

ส่วนที่ 5 ห้องครัว

1. ลักษณะห้องครัว

☐ อยู่ในตัวบ้าน ☐ แยกออกจากตัวบ้าน

2. มีหน้าต่างหรือช่องระบายอากาศในห้องครัว

☐ มี ☐ ไม่มี

3. ไม่มีช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องครัวที่เสี่ยงต่อการสะดุด หกล้ม ลื่นล้ม

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. ไม่มีการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องครัวที่เสี่ยงต่อการหล่นใส่หรือชน กระแทก

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. ไม่มีปลั๊กไฟหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องครัวชำรุดหรืออยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. เครื่องเรือนในห้องครัวมีความแข็งแรงไม่เสี่ยงต่อการล้ม

☐ ใช่ ☐ไม่ใช่

7. การจัดวางของมีคมในห้องครัวเก็บส่วนที่มีคมอย่างมิดชิด

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

8. ไม่มีการจัดเก็บสารเคมีหรือวัตถุอันตรายในห้องครัว

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

9. ไม่มีการจัดเก็บเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทำงานในห้องครัว

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

10. ชนิดของเชื้อเพลิงที่ใช้ในการปรุงอาหารให้สุก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ แก๊ส ☐ ไฟฟ้า ☐ ถ่านหรือฟืน

11. เครื่องปรุงอาหารมีเครื่องหมาย อย.

☐ ทุกชนิด ☐ มีเฉพาะบางชนิด ☐ ไม่มี อย.

12. ลักษณะพื้นผิวที่ประกอบอาหาร

☐ ไม้ ☐ พลาสติก

☐ สแตนเลส ☐ ดิน

☐ ปูน ☐ อื่น ๆ(ระบุ).....

13. บริเวณที่ปรุงอาหารสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 ซม.(วัดได้..... เซนติเมตร)

☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

14. ถังขยะ

☐ มี ☐ ไม่มี

14.1 มีฝาปิดหรือไม่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

15. การปกปิดอาหารที่ปรุงสุกแล้ว

☐ ปกปิด/มิดชิด ☐ ไม่ปกปิด

16. ไม่มีความเสี่ยงบริเวณที่ล้างจาน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ระบุ

☐ เสี่ยงต่อการลื่นล้ม

☐ เสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูง

19. แสงสว่างในห้องครัวไม่ต่ำกว่า 200 ลักซ์ (ผลการตรวจวัด.....ลักซ์)

☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

ส่วนที่ 6 ห้องโถง ห้องรับแขก

1. มีหน้าต่างที่ช่วยให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก

☐ มี ☐ ไม่มี

3. ไม่มีช่องโหว่หรือพื้นต่างระดับในห้องโถง ห้องรับแขกที่เสี่ยงต่อการสะดุด หกล้ม ลื่นล้ม

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

4. ไม่มีการจัดเก็บของสูงเหนือศีรษะหรือเกินระยะเอื้อมในห้องครัวที่เสี่ยงต่อการหล่นใส่หรือชน กระแทก

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

5. ไม่มีปลั๊กไฟหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าในห้องโถง ห้องรับแขกชำรุดหรืออยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. เครื่องเรือนในห้องโถงมีความแข็งแรงไม่เสี่ยงต่อการล้ม

☐ ใช่ ☐ไม่ใช่

7. แสงสว่างในห้องโถง ห้องรับแขกไม่ต่ำกว่า 200 ลักซ์ (ผลการตรวจวัด.....ลักซ์)

☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

.....

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

"การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยของ ที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย" ชุดที่ 2 ชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

1. สถานที่ตั้งชุมชน.....

2. ลักษณะพื้นที่ตั้งของชุมชน

☐ ที่สูงบนภูเขา ☐ ที่ราบเชิงเขา

3.ลักษณะชุมชน เมือง/ชนบท

☐ ชนบท ☐ เมือง

4.อาชีพหลักของคนในชุมชน

☐ เกษตรกรรม (ทำไร่ นา สวน) ☐ ค้าขาย ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ อื่นๆ

5. สาธารณูปโภคและสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน

5.1 ถนนผ่านหมู่บ้าน

☐ มี ☐ ไม่มี

5.2 ลักษณะของถนน

☐ คอนกรีต ☐ ราดยาง ☐ ลูกรัง

5.3 สภาพการสัญจร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ถนนแคบ ☐ สูงและชัน ☐ ถนนทรุดตัว ☐ ไหล่ทางชำรุด

☐ รถไม่สามารถวิ่งสวนกันได้ ☐ ไม่มีเครื่องหมายจารจร

5.4 ราวกั้นกันตกบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก

☐ มี ☐ มีบางส่วน ☐ ไม่มี ☐ ไม่เกี่ยวข้อง

5.5 รถโดยสารสาธารณะ

☐ มี ☐ ไม่มี

5.6 สวนสาธารณะ/สวนสุขภาพ

☐ มี ☐ ไม่มี

5.7 สถานพยาบาลที่สามารถเดินทางไปถึงภายในเวลา 15 นาที

☐ มี ☐ ไม่มี

5.8 วัดหรือสถานที่ปฏิบัติศาสนกิจ

☐ มี ☐ ไม่มี

5.9 ร้านค้า

☐ มี ☐ ไม่มี

5.10 สถานีตำรวจ

☐ มี ☐ ไม่มี

5.11 สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง

☐ มี ☐ ไม่มี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านภัยพิบัติในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

1. แผ่นดินไหว

☐ ไม่มี ☐ มี ช่วง.....

ความเสียหาย.....

มาตรการป้องกันแก้ไขที่มีอยู่.....

2. พายุลมแรง

☐ ไม่มี ☐ มี ช่วง.....

ความเสียหาย.....

มาตรการป้องกันแก้ไขที่มีอยู่.....

3. ดินถล่ม/ดินสไลด์

☐ ไม่มี ☐ มี ช่วง.....

ความเสียหาย.....

มาตรการป้องกันแก้ไขที่มีอยู่.....

4. ภัยแล้ง

☐ ไม่มี ☐ มี ช่วง.....

ความเสียหาย.....

มาตรการป้องกันแก้ไขที่มีอยู่.....

5. ภัยพิบัติอื่นๆระบุ.....

☐ ไม่มี ☐ มี ช่วง.....

ความเสียหาย.....

มาตรการป้องกันแก้ไขที่มีอยู่.....

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจคุณภาพน้ำบริโภคทางห้องปฏิบัติการ

แหล่งน้ำ.....

จุดที่เก็บตัวอย่าง.....

พารามิเตอร์	หน่วย	*ค่ามาตรฐาน	ผลวิเคราะห์		
			ตัวอย่างที่ 1	ตัวอย่างที่ 2	ตัวอย่างที่ 3
ความเป็นกรด-ด่าง (pH)	-	อยู่ระหว่าง 6.5-8.5			
แบคทีเรียประเภทโคลิฟอร์ม (Coliform bacteria)	เอ็มพีเอ็น/ 100 มิลลิลิตร	ต้องตรวจไม่พบ			
แบคทีเรียประเภทฟีคัลโคลิฟอร์ม (Faecal coliform bacteria)	เอ็มพีเอ็น/ 100 มิลลิลิตร	ต้องตรวจไม่พบ			

*เกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย พ.ศ. 2543

ค. ส่วนประกอบตอนท้าย

โครงการย่อยที่ 3 การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

Living environment and safety assessment among the elderly population in the Thai-hill tribe people, Chiang Rai Province

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี 2558 **จำนวน** 285,000 บาท (สองแสนแปดหมื่นห้าพันบาทถ้วน)
ระยะเวลาทำการวิจัย 1 ปี **เริ่มทำการวิจัยเมื่อ** ธันวาคม 2558

หัวหน้าโครงการ

อาจารย์สิตางค์ คงกระโทก หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916906 โทรสาร 053-916821,Email: sitang.kon@mfu.ac.th

ผู้ร่วมโครงการ

อาจารย์ ดร.พรรณนิภา ดอกไม้งาม หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916907 โทรสาร 053-916821 Email: dpannipha@gmail.com

อาจารย์ ดร. กรกช จันทร์เสรีวิทยา หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: kora_a@hotmail.com

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: tk2516ms@gmail.com

โครงการย่อยที่ 4
โครงการการประเมินการเข้าถึงระบบสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ซึ่งประกอบด้วย 6 ชาติพันธุ์หลัก ได้แก่ อาข่า ลาหู่ เย้า ลีซู กะเหรี่ยง และม้ง ซึ่งใช้กระบวนการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่นแล้ว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่การวิจัยได้รับการสุ่มแบบง่าย และใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เนื้อหาในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาจากผู้สูงอายุทั้งสิ้น 440 คน และให้ข้อมูลครบถ้วน 387 คน (ร้อยละ 87.95) จากทั้งหมด 6 ชนชาติพันธุ์ และผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มในกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 25 คน กลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 1,720.68 บาท/เดือน หนี้สินเฉลี่ย 9,997.05 บาท/ปี เบี้ยยังชีพเฉลี่ย 674.62 บาท/เดือน สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีบางส่วนที่ไม่มีสิทธิใดๆหรือใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้รายจ่ายในส่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 125.08 บาทต่อการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าเสียโอกาส คิดเป็น 1,515.95 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉลี่ยคิดเป็น 162.85 บาท/ครั้ง ส่วนในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงในระดับปานกลาง โดยมีความต่างทางด้านสัดส่วนชาติพันธุ์มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐพบว่าผู้สูงอายุคิดว่าจำนวนของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความพึงพอใจในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุภาพทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แต่ในกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยอยู่ในระดับต่ำ ในด้านความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงรายให้ระดับความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆในอยู่ในระดับปานกลาง

การพัฒนารูปแบบหรือกระบวนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาจำเป็นต้องได้รับพัฒนาคุณภาพในด้านการให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

คำสำคัญ ระบบบริการสุขภาพ ชาวเขา ผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

A cross-sectional study and qualitative method were used to assess the level of access to health care service among the hill tribe elderly populations. Six hill tribe elderly populations were the research target populations; Akha, Lau, Yao, Hmong, Karen, and Lisu who lived in Chiang Rai province. A random method was used to select the subjects, and gather the information by a validated questionnaire. Descriptive and inferential statistics were used to find the associations between variables; however, a content analysis was used to elicit the qualitative information.

Results: 440 subjects from six different hill tribe elderly populations were recruited into the study, but only 387 (87.95%) were suitable for analysis. Twenty five health care providers also participated to provide qualitative information. Averagely, hill tribe elderly had 1,720.68 baht as monthly income, and 9,997.05 baht of total debt. They received 674.62 baht of as monthly allowance from the local government. Regarding the rights of access to health care service, most of them were under subsidized of the Thai universal coverage program. Due to lack of Thai citizenship, a few proportion of them had no free support from the Thai health care system. As a result, they used private clinics. The average cost of access to health care service per visit was 125.08 baht, 1,515.95 baht for indirect and opportunity costs, and 162.85 baht for transportation to a hospital. Regarding the level of access to health care, it was found that the hill tribe elderly populations had a middle level of satisfaction in access to Thai health care service, and statistically different satisfaction levels to access health care system between tribes. There was in "a middle satisfaction" in the aspect of individual perception of the sufficiency of numbers of health professional and health care setting. In the aspect of expenses of treatment including both direct and indirect costs were in a high level of their satisfaction, however, among the non-Thai citizen was found in low satisfaction level in access to health care services. Finally, in the aspect of the convenience of access to health care service, we found that both accessibility and acceptability were dropped in a middle satisfaction level.

In conclusion, a specific health care service program or process development for the Thai hill tribe elderly populations is needed for improving the quality of health care service in all aspects.

Key words: Health Care Services, Hill Tribe, Elderly, Access to Health Care

คำอธิบายลักษณะและคำย่อที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง คนที่อายุตั้ง 60 ปีขึ้นไป

รายได้ หมายถึง รายได้ของครอบครัว โดยคิดจากสมาชิกครอบครัวทุกคนที่มีรายได้ต่อปี

ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล หมายถึง เงินที่กลุ่มเป้าหมายจ่ายให้ในการรักษาพยาบาล

การประกันสุขภาพ หมายถึง การมีหลักประกันสุขภาพ ทั้งที่เป็นของรัฐ เช่น บัตรทอง และของเอกชนที่สามารถใช้ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยงานต่าง ๆ

ต้นทุนด้านเวลา หมายถึง เวลาที่เสียไปกับการใช้บริการทางสุขภาพ

ความสามารถที่จะจ่าย หมายถึง จำนวน ราคาในการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถจ่ายได้

ความตั้งใจที่จะจ่าย หมายถึง ตัวอย่างมีความพึงพอใจ และยินยอมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพการสมรส โดยอาจจะเป็น โสด สมรส หม้าย หย่า/แยก

การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาของตัวอย่าง เป็นการวัดประเมินโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงระดับการศึกที่สำเร็จมา โดยอาจจะเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา หรือสูงกว่ามัธยมศึกษา

อาชีพ หมายถึง อาชีพที่กลุ่มตัวอย่างประกอบ ณ วันที่สัมภาษณ์

ขนาดครอบครัว หมายถึง ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย มีจำนวนสมาชิกเท่าใด

เชื้อชาติ หมายถึง ชาติพันธุ์ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อาข่า ลาหู่ ม้ง เย้า ลีซู กะเหรี่ยง

อายุ หมายถึง อายุที่เป็นของตัวอย่างที่ได้ระบุไว้ในทะเบียนราษฎ์และในบัตรประชาชน หรือ อายุที่กลุ่มตัวอย่างได้บอกแก่นักวิจัย

เพศ หมายถึง คุณลักษณะทางเพศที่เป็นตั้งแต่เกิดของตัวอย่าง โดยการสอบถามและสังเกต โดยเป็น เพศชาย หรือ เพศหญิง

ที่อยู่/ที่ตั้งครอบครัว หมายถึง สถานที่กลุ่มตัวอย่างอาศัย ประกอบด้วย บ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด

ประสบการณ์ด้านสุขภาพ หมายถึง อาการเจ็บป่วยและโรคที่กลุ่มตัวอย่างเคยประสบมาก่อน

ลักษณะของความเจ็บป่วย หมายถึง อาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่พบในผู้สูงอายุจากการวินิจฉัยของบุคราการทางการแพทย์

จำนวนสถานบริการ หมายถึง จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน

ทัศนคติต่อผู้รับบริการ หมายถึง ทัศนคติของผู้ให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้รับบริการกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดยจะประเมินจากแบบประเมินที่ผ่านการทดสอบคุณภาพแล้ว

การรับรู้ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุว่าตนเองอยู่ในระดับใดในประเด็นหรือเรื่องที่ผู้วิจัยได้สอบถาม

บทที่ 1
บทนำ

1.1 หลักการเหตุผลและระบุสาเหตุที่ต้องดำเนินการวิจัย

ประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ 2553 (รายงานการสาธารณสุขไทย, 2554) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุการใช้งาน อวัยวะต่างๆมีสมรรถภาพลดลงตามกาลเวลา ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเกณฑ์ขึ้นเพื่อใช้กันทั่ว ๆ ไปว่าคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (WHO, 2006) ในปัจจุบันได้เพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2557 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2557) มีผู้สูงอายุถึง 9.92 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 15.30 ของประชากรทั่วประเทศ และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอายุเฉลี่ยปัจจุบัน (กรมอนามัย, 2557) เพศชาย คือ 75.96 ปี เพศหญิง คือ 82.66 ปี โดยภาพรวม เป็น 79.31 ปี เมื่อคนเราอายุมากขึ้นอวัยวะต่าง ๆ ก็จะเสื่อมตามวัย การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรังและเป็นหลาย ๆ โรคพร้อม ๆ กัน หากการดูแลรักษาไม่ครอบคลุมหรือไม่เหมาะสมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านั้นไม่ดีโดยเฉพาะในกลุ่มชาวไทยภูเขาที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อุปสรรคปัญหาด้านต่างๆในการเข้าถึงบริการ ทั้งทางด้านการเงิน ภาษา การสื่อสาร ยานพาหนะ ภูมิประเทศและระยะทางในการเดินทาง รวมถึงความเป็นธรรมในการให้บริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขาในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นการคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นคน เป็นการบ่งบอกถึงการพัฒนาของระบบสาธารณสุขไทย

ตามในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) ซึ่งจะยังคงยึด คนเป็นศูนย์กลางของ การพัฒนา เพื่อมุ่งสู่สังคมที่มีความสุขอย่างยั่งยืน โดยนำแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาปฏิบัติ ดังนั้น “คน” เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาและเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าประสงค์ ที่ต้องการ การพัฒนาคุณภาพคนให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งกายและใจ การพัฒนาระดับปัจเจกบุคคล จนนำไปสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง จึงต้องศึกษาพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวม และสัมพันธ์เชื่อมโยงระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในทุกมิติของการพัฒนาตลอดทั้งเรียนรู้ เพื่อจะสามารถพัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยการจัดการองค์ความรู้ทุกด้าน และพัฒนาแผนงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานข้อมูลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยในที่อยู่อาศัยและการเข้าถึงบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

สัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 15.30 ในปี 2557 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่ง ในปี

2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มตัว จากการคาด ประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า พบว่าปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี2562 หรือประมาณ 10 ปีข้างหน้า ในด้านของการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วนั้น สถานบริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง นอกจากนี้การสำรวจปี 2550 พบว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้ดูแลตอบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ครอบครัวต้องรับภาระการดูแลแต่โดยลำพัง ในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวเริ่มลดลงตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร

กลุ่มชาติพันธุ์ หรือ ชาวไทยภูเขา เป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูงในภาคเหนือและบางจังหวัดทางภาคกลางที่มีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่อพยพลงมาจากทางภาคใต้ของประเทศจีนและมาตั้งรกรากที่ประทศไทยโดยประมาณ 150 ปี ซึ่งถือเป็นคนไทยกลุ่มหนึ่ง ปัจจุบันอาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือและภาคกลางตอนบนกระจายใน 20 จังหวัดของประเทศ โดยประมาณมีจำนวนทั้งหมด 800,000 คน และอาศัยอยู่ในจังหวัด เชียงราย เชียงใหม่และพะเยาร้อยละ 70 ของประชากรชาวไทยภูเขาทั้งหมด ส่วนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ปี 2556 มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ทั้งหมด 6 ชนเผ่าหลัก กล่าวคือ ลาหู่(มูเซอ) อาข่า(อีก้อ) ลีซู กะเหรี่ยง เย้า และม้ง กระจาย ประชากรทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 647 หมู่บ้าน โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและอำเภอแม่จันจำนวน3,095ครัวเรือน ซึ่งแต่ละชนเผ่าจะมีวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา ประเพณี ความเชื่อที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามในประชากรเหล่านี้นังมีบางส่วนยังไม่ได้รับสัญชาติไทยซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยปกติแล้วกลุ่มบุคคลดังกล่าวอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนเมือง สามารถดำรงชีวิตตามวิถีประเพณีได้เป็นอย่างดี แต่ภาวะโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คนทุกคนในสังคมได้มีการเชื่อมโยงกันทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสาร ตลอดทั้งการศึกษาทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การดิ้นรนของคนวัยทำงานเพื่อให้คนในครอบครัวมีชีวิตอยู่รอดนำไปสู่การละทิ้งครอบคัว ชุมชน ผู้สูงอายุไว้ในหมู่บ้าน เป็นสภาพสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การพัฒนาด้านต่างๆ ที่คนในชุมชนชาวไทยภูเขาได้ประสบอยู่ในวันนี้ นำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมาอย่างมากมาย เช่น โรคติดต่อ การบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การละทิ้งผู้สูงอายุโดยไม่มีใครดูแล การขาดโอกาสในการรักษาด้วยองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆเนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน

การเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของนักวิจัยที่ต้องการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในประชาชนชาวไทยภูเขา ว่ากลุ่มเหล่านั้นมีระดับการเข้าถึงสุขภาพเป็นอย่างไร มีความสะดวกหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทั่วถึงหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างต่อการเข้ารับบริการสุขภาพในขั้นแรกในฐานะการเป็นมนุษย์ มีศักดิ์ศรีและมีเกียรติในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดไว้ให้ในปัจจุบันอย่างไร มีระดับความรังเกียจจากผู้ให้บริการหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้การได้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณในการประเมินครั้งนี้นำไปสู่การจัดการบริการที่เหมาะสม ประกอบกับประชากรในกลุ่มนี้บางส่วนไม่มีบัตรประชาชนแต่เขายังมีศักดิ์ศรีในฐานะการเป็นมนุษย์นั้นได้รับการดูแลอย่างไรบ้าง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงรวมทั้งนักวิจัยจากพื้นที่ ได้ดำเนินการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ในด้านคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขาหรือกลุ่มชนชาติต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดที่เกี่ยข้องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดทางด้านสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์หรือชาวไทยภูเขาในประเทศไทย

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับตัวกำหนดการใช้บริการสุขภาพ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของการบริการทางการแพทย์

2.1 **แนวคิดทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ**

2.1.1 ภาวะผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่า นิยามภาวะผู้สูงอายุ 3 ประเด็น กล่าวคือ ภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของบุคคล โดยในการกำหนดอายุของผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยประเทศที่กำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนาผู้สูงอายุ จะเริ่มนับตั้งแต่ 50 ปี หรือ 55 ปี ส่วนประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเริ่มนับภาวะผู้สุงอายุตั้งแต่ 60 ปีหรือ 65 ปี ขึ้นไป แต่โดยทั่วไป จะเริ่มนับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงที่เกษียณจากงานประจำแล้ว

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) ได้อธิบายถึงภาวะผู้สูงอายุว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคม ที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีความเจ็บป่วยหรือความพิการเข้าร่วมด้วย ภาวะผู้สูงอายุจึงเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพ การเปลี่ยนแปลงหรือบทบาทใหม่ในสังคม นอกจากนี้ภาวะผู้สูงอายุยังเป็นผลจากการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไปของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเรียกกระบวนการดังกล่าวว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ

2.1.2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

2.1.2.1 ด้านสรีรวิทยา

2.1.2.2 ด้านจิตวิทยา

2.1.2.3 ด้านสังคมวิทยา

2.1.2.1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 2 ส่วน คือ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงระบบภายในร่างกาย โดยมีรายละเอียดพอสรุปได้ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกาย มีดังนี้

1.1.1 อวัยวะรับรสและกลิ่น มีความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง

1.1.2 ตา มีความเปลี่ยนแปลงในการปรับสายตาต่อความมืดและความสว่างลดลง สายตาจะยาว นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะเป็นต้อกระจก

1.1.3 หู มีความสามารถในการได้ยินลดลง

1.1.4 สมอง เซลล์สมองจะตายไปและจำนวนเซลล์สมองลดลง ทำให้ขนาดของสมองลดลง ปลายประสาทและใยประสาทลดลง ผลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมอง กล่าวคือ การรับความรู้สึกน้อยลงและช้า เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม หลงลืม อารมณ์แปรปรวน บางรายมีความสับสน ซึมเศร้า จำเรื่องราวในอดีตได้กว่าปัจจุบัน

1.1.5 หัวใจ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีพังผืดและมีไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.6 หลอดเลือดหัวใจ ภาวะผนังเส้นเลือดแข็งและหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.1.7 ลิ้นหัวใจ แข็ง ตีบ ปิดไม่สนิท มีแคลเซียมเกาะติด ทำให้ลิ้นหัวใจทำงานลดลง

1.1.8 ความดันโลหิต การที่เส้นเลือดมีผนังหนาตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านลำบากจึงเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบภายในร่างกาย (ธรรมานวัตร์, 2552**)**

1.2.1 โครงร่าง

รูปร่าง จะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้แก่ หลังโก่งงอขึ้น หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงลดลง ไหล่จะแคบลง ทรวงอกลึกขึ้น กระดูกบริเวณสะโพกกว้างขึ้น น้ำหนักตัวลดลง เกิดรอยย่น ที่ใบหน้า หนังตาตก จมูกกว้างขึ้น หูยาว

กระดูกสันหลัง ของผู้หญิงจะเกิดการโก่งงอได้เร็วกว่าชายประมาณครึ่งหนึ่ง พบมากในสตรีวัยหมดประจำเดือน อายุประมาณ 45 – 55 ปี ฮอร์โมนที่ลดลงไป มีส่วนให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูก และเป็นเหตุให้กระดูกขาท่อนบน และส่วนปลายของกระดูกแขนหักง่าย อีกทั้งเกิดภาวะกระดูกพรุนได้

ผิวหนังบางลง ผิวจะแตกง่าย เหงื่อออกน้อย การดูดซึมสิ่งต่างๆ ทางผิวหนังลดลง การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายทำได้ไม่ดี กลิ่นตัวลดลง เส้นผมบนศรีษะลดลง หงอกขาว

กล้ามเนื้อ มีการใช้งานน้อยลงและพบการขาดโปแตสเซียมในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ ร่วมกับความเสื่อมของโปรตีนในกล้ามเนื้อและการขาดน้ำ ทำให้กำลังการหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงเหนื่อยได้ง่ายและไม่ค่อยมีเรี่ยวมีแรง จึงแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย เพื่อช่วยคืนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รวมทั้งเพิ่มการกินอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง และดื่มน้ำให้มากๆ

1.2.2 สมองและระบบประสาท

สมอง มีน้ำหนักลดลง หลงลืมง่ายขึ้น ความสามารถด้านการพูดจะลดลง ประสาทสัมผัส ปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และรับรู้อุณหภูมิ ลดจำนวนลง ทำให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า จึงเป็นเหตุให้เกิดแผลได้ง่าย การรับกลิ่นรับรสลดลงไป ความสามารถในการทรงตัวลดลง มีอาการไม่สมดุลระหว่างที่เดิน จึงต้องเดินกางขาไว้เพื่อกันล้ม มีอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทางอิริยาบถ ประสาทอัตโนมัติและการสั่งเสื่อมลง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ เชื่องช้าลง เคลื่อนไหวช้าลง ตาจะตอบสนองต่อแสงน้อยลง หนาวสั่นได้ง่าย ตัวเย็นได้แม้จะไม่ได้รับความเย็นใดๆ จากภายนอก

1.2.3 ต่อมไร้ท่อ

ต่อมใต้สมอง เสื่อมหน้าที่ลง การหลั่งฮอร์โมนจึงลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รูปร่างผอมลง ขนในที่ลับบางลง ผู้หญิงจะมีขนาดอวัยวะเพศเล็กลง พื้นผิวช่องคลอดบางลง ในผู้ชาย ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

ตับอ่อน ซึ่งมีหน้าที่สร้างอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายให้อยู่ในสภาพสมดุล จะฝ่อลีบลง ทำให้ระดับน้ำตาลในร่างกายของผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าคนหนุ่มสาว จึงพบโรคเบาหวานได้มากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2.4 หัวใจและหลอดเลือด

หัวใจ มีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง อัตราการเต้นหัวใจลดลง กำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงพบผู้สูงอายุเกิดหัวใจวายได้ง่าย

หลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดแข็งตัวหนาขึ้น ยืดหยุ่นน้อยลง ประกอบกับมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะหลอดเลือดมากขึ้น จึงเกิดหลอดเลือดอุดตันได้ง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดหัวใจก็น้อยลงหัวใจจึงได้รับออกซิเจนน้อยลงไป ร่วมกับการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ มีประสิทธิภาพลดลง เราจึงพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุขึ้นได้

1.2.5 ระบบหายใจ

หัวใจและหลอดเลือด จะยืดหยุ่นน้อยลง หลอดลมแข็งตัวและมีพังผืดเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกว่าหายใจไม่เพียงพอ ต้องชดเชยด้วยการหายใจให้เร็วขึ้น และหายใจแบบตื้นๆ ซึ่งผู้สูงอายุมักจะมีปอดที่ไม่แข็งแรง การหายใจตื้นๆ นี้มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย

1.2.6 ช่องปากและระบบบดเคี้ยว

ฟัน มีการสึกกร่อนจากการบดเคี้ยว หรือจากการแตกร้าวของฟันที่ใช้งานมานาน หรือจากอุบัติเหตุจากการใช้งาน บริเวณคอฟันและรากฟันผุง่ายจากการดูแลความสะอาดไม่ทั่วถึง

เหงือก มีการอักเสบหรือร่นลงจากการใช้งาน คราบหินปูนที่สะสมในปากเป็นเวลานานทำให้เกิดโรคปริทันต์ หรือโรครำมะนาด ทำให้ฟันเกิดการโยกคลอนได้

ต่อมน้ำลาย เกิดความเสื่อมของเซลล์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ร่วมกันกับการสูบบุหรี่ หรือโรคบางอย่าง ทำให้การสร้างและหลั่งน้ำลายลดลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการปากแห้งในช่องปาก

ข้อต่อขากรรไกร และกล้ามเนื้อบดเคี้ยว เสื่อมสภาพหย่อนยานตามวัย เอ็นข้อต่อขากรรไกรหย่อนยานจากการใช้งานมานาน ทำให้ขากรรไกรเคลื่อนที่ไม่ราบรื่น เกิดขากรรไกรค้างขณะที่เคี้ยวอาหารหรือหาวได้

เยื่อเมือกในช่องปาก มีความเสื่อมของเซลล์เหงือก เบ้าฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์และส่วนเคลือบรากฟันขาดเลือดมาเลี้ยง และมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อเส้นใย เซลล์ต่างๆ มีความไวลดลง มีการซ่อมแซมน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น

ลิ้นแดงและเลี่ยนจากเซลล์ลดการเผาผลาญอาหาร ประกอบกับความแข็งแรงของเยื่อบุลิ้นลดลง หรือจากการขาดธาตุเหล็กและวิตามินบี 12

1.2.7 ทางเดินอาหาร

กระเพาะอาหาร หลั่งน้ำย่อยลดลง ลำไส้เล็กเคลื่อนไหวเพื่อการย่อยและดูดซึมอาหารลดลงทำให้อาหารพวกแป้ง คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินดี และแคลเซียม ถูกดูดซึมไปใช้ลดลง มีเศษอาหารคั่งค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่นานขึ้น แต่ความไวจากการถูกกระตุ้นด้วยอุจจาระกลับช้าลง จึงท้องผูกง่าย

ตับ มีขนาดเล็กลง มีพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น เลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง ความสามารถของตับในการทำลายพิษจึงลดลงไป

1.2.8 ทางเดินปัสสาวะ

ไต มีหน่วยกรองลดลง การกรองของเสียและการขับยาทางไตลดลง จึงทำให้ประสิทธิภาพในการกำจัดของเสียออกไปจากร่างกาย ลดลงไปด้วย การใช้ยาในผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องปรับลดขนาดการใช้ยา กระเพาะปัสสาวะ อ่อนกำลังลง และมีความจุลดลง ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย ๆ กล้ามเนื้อ หูรูดของกระเพาะปัสสาวะและช่องขับถ่ายเสื่อมลง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้

1.2.9 ระบบภูมิคุ้มกัน

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งระบบ ทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

2.1.2.2 กระบวนการภาวะสูงอายุด้านจิตวิทยา

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการออกจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตหลังจากที่เคยทำมาในช่วงระยะเวลา ที่ยาวนาน การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ลง วงสังคมแคบลงทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ซึ่งอาจจะกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าในตัวเองลดลง และถ้าหากเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ก็จะทำให้เกิดความกระทบกระเทือนจิตใจมากขึ้น และถ้าสุขภาพทางกายแย่ลง ขาดคนช่วยดูแลใกล้ชิดทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้มากขึ้น

ความรู้สึกสูญเสียบทบาทในหน้าที่ที่เคยทำ มักเกิดในกลุ่ม ของคนทำงานมากกว่ากลุ่มที่ทำงานด้านช่างฝีมือ ส่วนด้านการปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล ย่อมแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคลและสิ่งแวดล้อม ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการเตรียมตัว การปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ด้วย

1.2 ความเครียดของผู้สูงอายุ

สาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุดังต่อไปนี้

1) ความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2) ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง

3) การมีโรคประจำตัว

4) การออกจากงาน

สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลและอาจเกิดทุกข์เกี่ยวกับรายได้ที่เคยได้รับ ขาดความเชื่อมั่นในการยอมรับจากคนในสังคมหรือสมาชิกในครอบครัว จึงอาจแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด มีความวิตกกังวล ดังนั้นควรมีการเตรียมตัวสำหรับผู้เข้าสู่วัยสูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจก่อนการเกษียณอายุ เช่น มีการเตรียมหางานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ (ในกรณีสุขภาพยังพร้อมและมีประสบการณ์ที่ยังทำงานได้) การตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ มีงานอดิเรกทำ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการความเข้าใจ กำลังใจ และการยอมรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

2.1.2.3 กระบวนการภาวะผู้สูงอายุด้านสังคมวิทยา

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) กล่าวถึงกระบวนการภาวะสูงอายุทางสังคมวิทยา ว่าในการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ทั่วไปในสังคมนั้น ๆ ที่มองบทบาทหรือแบ่งแยกกลุ่มผู้สูงอายุในสภาพต่าง ๆ สังคมที่เน้นความสำคัญหรือความสำเร็จของคนหนุ่มสาวมากกว่าสิ่งอื่นใด กลุ่มผู้สูงอายุก็จะรู้สึกว่าตนเองรู้สึกไร้ประโยชน์และเป็นภาระต่อสังคม แต่สังคมก็ยกย่องว่าผู้สูงอายุมีคุณค่า มีประสบการณ์ เฉลียวฉลาด ให้ประโยชน์แก่สังคมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ เป็นต้น กลุ่มผู้สูงอายุก็จะผ่านไปสู่บทบาทนั้น ๆ ได้โดยไม่รู้สึกยุ่งยากและกระทบกระเทือนต่อการสูญเสียบทบาทอย่างรวดเร็วนัก อาชีพบางประเภทที่ต้องอาศัยการสะสมของประสบการณ์และความยาวนานที่อยู่ในอาชีพเพื่อการเชื่อถือยอมรับของสังคม ผู้สูงอายุย่อมจะได้เปรียบ และประสบความสำเร็จได้ดีกว่า เช่น ผู้สูงอายุมีอาชีพผู้นำทางการเมือง ผู้บริหารประเทศ หรือที่ปรึกษาทางกฎหมาย ผู้นำทางศาสนา และผู้นำทางธุรกิจขนาดใหญ่ เป็นต้น แต่ถ้าผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพที่ต้องใช้กำลังกายหรือหน้าตา รูปร่าง เช่น กรรมกร หรืออาชีพนักแสดงการยอมรับจากสังคม การอยู่ในอาชีพก็เป็นช่วงสั้น จะมี

ความรู้สึกว่าตนเองกำลังสูญเสีย การยอมรับจากสังคม และยิ่งหากไม่มีการเตรียมตัวที่จะไปสู่วัยสูงอายุ ก็อาจจะมีปัญหาในเรื่องรายได้ และฐานะความเป็นอยู่ทางสังคมได้

2.2 แนวคิดทางด้านสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.1 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะตัว มีความเป็นปัจเจกของตนเองมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะตัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอยู่เดิมของผู้สูงอายุ(ศรีสันติสุข, 2539) ดังนั้นทำให้การจัดการบริการใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุไม่อาจทำได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะที่กำหนดเป็นแบบตายตัวของคนสูงอายุแต่ละคนได้ การศึกษาเพื่อสนองความต้องการของคนสูงอายุจึงทำได้ยาก เพราะต้องคำนึงถึงความแตกต่าง ในลักษณะสังคมเศรษฐกิจและลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละคนดังกล่าวด้วย

2.2.2 ความต้องการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ มี 2 ประการ คือ

1) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือความต้องการได้รับความช่วยเหลือ ทางด้านการเงิน จากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง อาจจะให้การเลี้ยงดูตามสมควรแกอัตภาพ แต่ถ้ากล่าวถึงความมั่นคงทางสังคม ก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการและสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำเหน็จบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชราเพื่อให้ทุกคนมีรายได้เมื่อถึงภาวะสูงอายุ

2) ความต้องการทางด้านที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย เช่นผู้สูงอายุอาจจะอยู่ในบ้านของตนเองหรือบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

แนวทางที่ใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถจำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท

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

1.1 ผู้สูงอายุพยายามมีชีวิตอยู่นานเท่านานเท่าที่จะเป็นไปได้หรืออย่างน้อยก็อยู่ไปจนกว่าความพึงพอใจในสิ่งรอบตัวนั้นมีความหมายหรือเมื่อถึงแก่ความตาย

1.2ผู้สูงอายุพยายามรักษาพลังและศักยภาพร่างกายและสมองให้คงอยู่มากที่สุด และใช้ประโยชน์จากพลังงานและศักยภาพดังกล่าวสูงสุดเท่าที่จะทำได้

1.3ผู้สูงอายุพยายามป้องกันและธำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นในชีวิตวัยต้น เช่น ความรู้ความชำนาญ ทรัพย์สมบัติ เกียรติคุณ และอำนาจ เป็นต้น

2. ความต้องการขั้นสูง คือ ความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย อาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าที่หรือระยะยาว หรือเป็นจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ เป็นความต้องการที่สอดคล้องกับลักษณะสังคมและ

วัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และจะถูกปรุงแต่งโดยวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย เป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลจากการขัดเกลาของแบบแผนและบรรทัดฐานของสังคม เช่น ในสังคมตะวันตก ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การมีงานที่เหมาะสมกับวัย มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย มีบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักที่อาศัย ฯลฯ ในขณะที่สังคมตะวันออก ความต้องการเหล่านี้อาจจะไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว ดังนั้นความต้องการชนิดนี้ จึงเท่ากับเป็นผลของวัฒนธรรมที่มีการปรับปรุงให้เข้ากับวิถีชีวิตของแต่ละคนแต่ละกลุ่มตามลักษณะโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม

2.2.3 ปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัญหาด้วยกันคือ ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการขาดความรักเอาใจใส่ ปัญหาทางสังคม และปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.3.1 ปัญหาการเจ็บป่วย คือ การมีความเสื่อมโทรมทางร่างกายซึ่งจะส่งผลถึงจิตใจด้วย จะทำให้จิตใจไม่สบาย หงุดหงิดง่าย ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะที่สมดุล แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคบางชนิด อาการป่วย เช่น ความเจ็บป่วย เมื่อยล้า ความทุกข์ที่เกิดทางกายและส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันการมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น การวิตกกังวลก็จะแสดงออกอาการทางด้านร่างกาย เช่น การนอนไม่หลับ ปวดท้อง เป็นต้น จะพบว่าปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารการขับถ่าย การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ความจำเสื่อมและภาวะสับสน ภาวะจิตใจเศร้า นอกจากนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นได้และควรระมัดระวังคืออุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

2.2.3.2 ปัญหาการขาดความรักความเอาใจใส่ ความรักความเอาใจใส่เป็นสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย ผู้สูงอายุต้องการความรักความอบอุ่นทางด้านจิตใจหรือความเอาใจใส่จากบุตรหลานแต่อาจจะไม่แสดงออกให้เห็น แต่เนื่องจากสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไปประกอบกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจจึงทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ละเลย หรือไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในสิ่งเหล่านี้ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแจ่มใสขึ้นและใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

2.2.3.3 ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพบางอย่างทางสังคมทำให้บทบาทของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุจากงาน ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมปัจจุบันทำให้ความคิด ค่านิยมของเด็กที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป คือ ให้การยอมรับและการเคารพน้อยลง เป็นต้น

2.2.3.4 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สภาพเศรษฐกิจมักก่อให้เกิดปัญหา ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีหรือไม่ดี ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจดีก็อาจมีความทุกข์ เนื่องจากเกิดความกลัวว่าบุตรหลานจะแย่งชิงสมบัติกัน หรืออาจมีคนไม่ซื่อสัตย์มาคดโกง

ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาวะของบุตรหลาน ต้องคอยรับความช่วยเหลือจากบุตรหลาน ทำให้บุตรหลานลำบากประกอบกับในสังคมปัจจุบัน โอกาสการทำงานของผู้สูงอายุลดน้อยลง เพราะสังคมพยายามจัดการทำงานแบบมีประสิทธิภาพ คนทำงานจะได้รับการเลือกเฟ้นให้ทำงาน

ในวัยและระยะเวลาที่เขาสามารถทำได้มากที่สุดเท่านั้น และแนวโน้มที่จะให้คนงานออกเมื่อถึงเวลาอันสมควร จึงเป็นเหตุให้ไม่มีที่ทำงานสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องระเหเร่ร่อน หรืออาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์คนชราซึ่งจะส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย

2.3 กลุ่มชาติพันธุ์หรือชาวไทยภูเขาในประเทศไทย

“กลุ่มชาติพันธุ์” หมายถึง ชนกลุ่มน้อยซึ่งอาศัยอยู่ในแถบภูเขาทางตอนเหนือของประเทศไทย ชาวเขาแต่ละเผ่าต่างก็มีภาษา วัฒนธรรม การแต่งกายและลัทธิความเชื่อของตนเองต่างหากจากเผ่าอื่น ๆ ชาวเขาเหล่านี้อพยพยังประเทศไทย ธิเบต พม่า จีน และประเทศลาวในช่วง 150 กว่าปีที่ผ่านมา

คำว่า ชาวเขา หมายถึง ชนกลุ่มน้อยซึ่งอาศัยอยู่ในแถบภูเขาทางตอนเหนือของประเทศไทย ชาวเขาแต่ละเผ่าต่างก็มีภาษา วัฒนธรรม การแต่งกายและลัทธิความเชื่อของตนเองต่างหากจากเผ่าอื่นๆ ชาวเขาเหล่านี้อพยพยังประเทศไทย ชาวธิเบต พม่า จีน และประเทศลาวในช่วง 200 กว่าที่ผ่านมานี้ ประมาณว่า ในประเทศไทยมีชาวเขาอยู่ถึง 20 เผ่า ซึ่งมีประชากรทั้งหมดประมาณ 800,000 คนในจำนวนนี้ มี 6 เผ่าใหญ่ๆ ด้วยกัน คือ เย้า กะเหรี่ยง อาข่า (อีก้อ) ละอู (มูเซอ) ม้ง (แม้ว) และลีซอ

ลักษณะการดำรงชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ภาษา การแต่งกายตลอดทั้งความเชื่อมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในชนเผ่าทั้งหกนี้ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง บนไหล่ในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่การที่มีการระบาดของโรคเอดส์ตลอด 2-3 ทศวรรษนี้ ภาษาที่ชาวเขาใช้สื่อสารกันในกลุ่มลาหู่ อาข่า และลีซอ คือภาษา Tibeto-Burman ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งของกลุ่ม Sino-Tibetan Family และ อีกกลุ่มหนึ่งคือ เผ่า เย้า และม้ง เป็นกลุ่ม Sinitic Language ซึ่งมีรากมาจากภาษาจีน ส่วนชนเผ่ากะเหรี่ยง มีลักษณะภาษาที่ต่างจากลุ่มอื่น

ปัจจุบันชาวเขาในประเทศไทยอาศัยอยู่ใน 20 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 3,746 หมู่บ้าน โดยอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,352 หมู่บ้าน จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 547 หมู่บ้าน จังหวัดเชียงราย จำนวน 493 หมู่บ้าน จังหวัดตาก จำนวน 455 หมู่บ้าน นอกนั้นกระจายอยู่ในหมู่บ้านแถบภาคเหนือและภาคกลางตอนเหนือของประเทศไทย จำนวนประชากร 800,000 คน

จังหวัดเชียงราย มีจำนวนประชาชนที่เป็นชนชาติพันธุ์ ในปี 2556 ในจังหวัดเชียงรายมีทั้งหมด 221,418 คน โดยเป็นเพศชาย จำนวน 110,719 คน และ หญิง 110,699 คน กระจายอยู่ใน 18 อำเภอ 56 ตำบล 226 หมู่ บ้านหลักและ 268 กลุ่มบ้านย่อย โดยมีทั้งหมด 41,366 หลังคาเรือน โดยอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ฟ้าหลวงมากที่สุด คือ 10,845 ครัวเรือน รองลงมาเป็นอำเภอแม่สรวย จำนวน 7,548 ครัวเรือน อำเภอเมือง จำนวน 4,808 ครัวเรือนและ อำเภอแม่จัน จำนวน 3,095 ครัวเรือน

2.3.1 ชาวอาข่า

ชาวอาข่าหรือที่คนทั่วไปรู้จักกันในนาม อีก้อ ชนกลุ่มนี้มีชื่อเรียกหลายชื่อ อาทิ อีก้อ (Ekaw) ก้อ (Kaw) ถิ่นเดิมของพวกอาข่าอยู่ในมณฑล ไกวเจาและมณฑล ยูนนานของประเทศจีน จากข้อมูลกองสงเคราะห์ชาวเขา พ.ศ. 2540 พบชาวอาข่า อาศัยอยู่ในเขต จังหวัด เชียงราย เชียงใหม่ ตาก น่าน เพชรบูรณ์ แพร่ ลำปาง และพะเยา อาข่าผู้ชายจะไว้ผมยาวลงมาคล้ายหางเปีย ใช้เชือกผูกปลาย ไว้ ผู้ชายอาข่าสวมเสื้อสีดำแขนยาว รูปทรงกระบอก คอ กลมสูงรอบคอ ผ่าอกกลาง มีเชือกผูกให้จรดกันที่คอและหน้าอก ส่วนกางเกงจะมีสีดำยาวถึงข้อเท้า เครื่องประดับ จะมีเหรียญ เงิน กระดุมเงิน ตามขอบ เสื้อและด้านหนัง สวมกำไลมือเงินกลม ๆ ส่วนในเด็ก ผู้ชาย จะสวมชุดสีดำ เหมือนผู้ใหญ่ มีผ้าผืนเล็กโพกศีรษะ แต่ไม่มี เครื่องประดับ อาข่ามีภาษาของ ตนเองเอง เป็นภาษาพูด อยู่ในกลุ่มภาษาโลโลเป็นภาษาหนึ่งในตระกูลภาษา ย่อยทิเบต-พม่า โดยเป็นสาขาหนึ่งของชนชาติโล-โล (Lolo) จัดอยู่ในสาขาพม่า-โลโล กลุ่ม ตระกูลภาษาย่อยทิเบต-พม่า มีความสัมพันธ์ทางภาษากับพวกมูเซอและชาวลีซอ มีบางคำที่ยืม จากภาษาจีน ถึงแม้ อาข่าจะมีภาษา ของตนเอง แต่ไม่มีตัว อักษรใช้ ศาสนาของอาข่า จะเป็นการนับถือผี โดยเชื่อว่าผีสามารถทำให้เกิด เจ็บป่วย และทำให้หายป่วยได้ ผีดีได้แก่ ผีเรือน หรือ “มิดสา” ซึ่งก็คือดวงวิญญาณ ของ บรรพบุรุษ ชาวก้อจะสร้าง ศาลเจ้ามิดสาไว้นอกบ้านตรงด้านบนหัวนอน ภายในรั้วบ้าน ศาลนี้รูปร่างคล้ายศาลพระภูมิของชาวไทย อาข่า จะเซ่นไหว้ ผีเรือนในคราวที่มีคนใน ครอบครัวเจ็บป่วย เวลาแต่งงาน และงานปีใหม่ ส่วนผีหมู่บ้าน (ผีดี) จะสิงสถิตอยู่ใน ต้นไม้ใหญ่ใกล้หมู่บ้านคอยป้องกันภัยจากผีร้าย ผีป่า ส่วนผีร้ายได้แก่ ผีป่า หรือ “แนะแซ” ผีไร่ หรือ “แนะมื้อ” ผีน้ำ และผีดอยหลวง ชาวก้อจะมีการเซ่นบูชาผีเหล่านี้ ทุกหมู่บ้านจะมี แท่นบูชาสำหรับวิญญาณที่ดี และจะสร้าง ประตูไว้ที่ทางเข้าหมู่บ้านประมาณ 100 หลาเพื่อให้ดวงวิญญาณ ที่ดี อยู่คอยป้องกันวิญญาณร้าย เพื่อความสมบูรณ์พูนสุข ผู้นำพิธีทางศาสนาของชาวก้อ จะเป็น ชายหรือหญิงก็ได้ หรืออาจมีสองคน คนแรกเรียกว่า ปิมา (Pi Ma) คนที่สองเรียกว่า ปิยา (PiYa) หรือมีหัวหน้าอาวุโสที่สืบตระกูลต่อๆกันมาเรียกว่า ตูโม่ (Tumo) ซึ่งทำหน้า ที่ติดต่อกับวิญญาณที่ดีและร้าย เป็นผู้มีเวทมนต์ เป็นผู้นำ พิธีกรรมบวงสรวง เซ่นสังเวยวิญญาณความเชื่อเกี่ยวกับความตาย

ระบบเศรษฐกิจของชาวอาข่าแต่เดิมทำการเกษตรแบบไร่เลื่อนลอย ปลูกฝิ่น ชาวอาข่านิยมสูบฝิ่นกันมาก กล้องยาเส้นของชาวอาข่า เรียกว่า “กูลู่” พืชชนิดอื่น ๆ ได้แก่ ข้าว ข้าวฟ่าง ข้าวเดือย อ้อย พริก ผัก ข้าวโพด ถั่ว มัน แตง กะหล่ำปลี ชา ฝ้าย และกล้วย สัตว์เลี้ยงของชาวก้อ ได้แก่ หมู ไก่ เลี้ยงไว้เพื่อ การเซ่นสังเวย หมูของชาวก้อ หมายถึง ความสมบูรณ์ นอกจากนั้น

สรุป ชาวอาข่าเป็นกลุ่มชาวเขาที่อพยพเข้ามาในประเทศไทยผ่านทางประเทศพม่าและมีสังคมวัฒนธรรมรวมทั้งภาษาที่เป็นเฉพาะของตัวเอง มีอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นสุขภาพของผู้สูงอายุน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพตั้งแต่วัยหนุ่มสาว และเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการสูบฝิ่น เป็นต้น

2.3.2 ชาวลาหู่

ชาวลาหู่ ตามประวัติศาสตร์ของชนชาติ “ลาหู่” มีมานานไม่ต่ำกว่า 4,500 ปี โดยชาวลาหู่มีถิ่นฐานดั้งเดิมอยู่ในธิเบต และอยู่ในภาคตะวันตกเฉียงใต้ของจีน ต่อมาได้ทยอยอพยพลงมาอยู่ทางตอนใต้ของจีนและเข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2423 ทางตอนเหนือของประเทศไทย โดยตั้งรกรากที่อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่เป็นแห่งแรก ทั้งนี้ชนเผ่าลาหู่ได้แบ่งเป็นเผ่าย่อยอีกหลายเผ่า อาทิ ลาหู่ดำ ลาหู่แดง ลาหู่เหลือง ลาหู่ขาว ลาหู่ปะกิว ลาหู่ปะแกว ลาหู่เฮ่กะ ลาหู่ลาบา ลาหู่เชแล ลาหู่บาลา เป็นต้น

ปัจจุบันในประเทศไทยมีชนเผ่าลาหู่อาศัยอยู่ราว 1.5 แสนคน โดยกระจายอยู่ตามหมู่บ้านต่างๆ ตามแนวชายแดนไทย - พม่ากว่า 800 หมู่บ้าน พื้นที่ที่มีชาวลาหู่อาศัยอยู่มากได้แก่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ และลำปาง โดยเฉพาะตามพื้นที่ติดชายแดน ส่วนใหญ่แล้วชนเผ่าลาหู่ มักจะอาศัยปะปนกับชนเผ่าอื่น ๆ หรือคนไทย มีเพียงส่วนน้อยที่อยู่รวมกันเป็นกลุ่มหรือเป็นหมู่บ้าน เผ่าลาหู่ที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย คือ ลาหู่แดง ซึ่งมีการนับถือผี โดยโตโบหรือผู้นำทางศาสนา ส่วนลาหู่ดำหรือลาหู่เหลือง ก็มีการนับถือผีเช่นกัน นอกจากนี้เผ่าลาหู่ก็ยังมีการนับถือศาสนาคริสต์อีกด้วย

ด้านวิถีชีวิตของชนเผ่าลาหู่นั้น โดยปกติแล้วชนเผ่าลาหู่ชอบอาศัยอยู่บนที่สูง และเป็นชนเผ่าที่ไม่ชอบความวุ่นวาย มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย เป็นชนเผ่าที่สามารถปรับตัวเข้ากับผู้คนได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าจะยังชีพด้วยการเป็นชาวนา ปลูกข้าว และข้าวโพด เพื่อการบริโภคในครัวเรือน ลาหู่ก็ยังภูมิใจกับการเป็นนักล่าสัตว์ นอกจากนี้พวกเขายังเคร่งครัดกับกฎระเบียบของความถูกและผิด ทุกๆ คนจะตอบคำถามในพื้นฐานเดียวกับคนรุ่นเก่า ชาวลาหู่เข้มแข็งต่อการยึดมั่นต่อความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน และทำงานด้วยกันเพื่อยังชีพ ลาหู่อาจเป็นกลุ่มคนที่มีความเท่าเทียมทางด้านเพศมากที่สุดในโลก

สรุป ชนเผ่าลาหู่ได้อพยพจากประเทศจีนเข้ามาประเทศไทยผ่านทางประเทศพม่า มีสังคมวัฒนธรรมและภาษาที่เฉพาะ มีอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ดังนั้นสุขภาพของผู้สูงอายุอาจจะเกี่ยวเนื่องกับการประกอบอาชีพ และระดับเศรษฐกิจ ตลอดทั้งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่จำกัดเนื่องจากศักยภาพการใช้ภาษาไทย

2.3.3 ชาวลีซอ

ชาวลีซอบรรพบุรุษของชาวลีซอเป็นคนผิวเหลือง ลีซออพยพลงมาจากเขตเหนือของหุบเขาสาละวินมณฑลยูนนาน ชาวลีซอ เรียกตนเองว่า “ลีซู” ปัจจุบันพบชาวลีซอใน 10 จังหวัด คือ ลำปาง สุโขทัย กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน และพะเยา พวกลีซอพูด ภาษา ทิเบต-พม่า แต่ไม่มีภาษาเขียน

การตั้งถิ่นที่อยู่อาศัยของชาวลีซอจะตั้งหมู่บ้านใกล้น้ำตก เพื่อจะได้ใช้ไม้ไผ่หรือไม้ซางต่อเป็นท่อน้ำเข้ามาใช้ในหมู่บ้าน ลำไม้ซางนี้จะติดต่อกันไปทั่วทุกหลังคาเรือน ลีซอส่วนมากปลูกบ้านติดกับพื้นดิน เช่น ในเขตเชียงรายเสาบ้านทำด้วย ไม้ไผ่ภาย ในบ้านนิยมแบ่งห้องโดยใช้ไม้ไผ่สานกั้นเป็นฝาห้องมีห้องรับแขกที่ใช้นั่ง

และนอน ห้องนอนอยู่อีกด้านหนึ่ง ระหว่างห้องนอน และห้องรับแขก มีแท่นบูชาดวงวิญญาณบรรพบุรุษหรือตาบิ บ้านของชาวลีซอมีประตูเพียง ประตูเดียว เรียกว่า ประตูผีออก

ชาวลีซอมีหัวหน้าหมู่บ้านดำรงตำแหน่งโดยสืบสายโลหิต แต่ปัจจุบันธรรมเนียมได้เปลี่ยนไป โดยให้มีผู้อาวุโสในหมู่บ้าน เป็น ผู้เลือกหัวหน้า ระบบครอบครัวของลีซอมีการสืบสายโลหิตทางบิดา บุตรชายคนโต ของครอบครัว ต้องนำภรรยามาอยู่บ้านบิดามารดาของตน หากบิดามารดาตายลง น้องชายจำเป็นต้องแยกไปตั้งบ้านเรือนต่างหาก สามีภรรยา คู่ใดไม่พอใจสามารถหย่าขาดจากกันได้ โดยฝ่ายชายต้องเสียค่าปรับให้แก่พ่อตาแม่ยาย ชาวลีซอชอบเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง การคลอดบุตรชายจะได้รับขวัญโดยการฆ่าหมูและไก่อย่างละตัว เด็กที่เกิดใหม่จะถูกนำมาวางบนกระด้ง ทำพิธีกระทืบเท้าลง บนดิน ขับไล่ปีศาจ หมอศาสนาจะทำการผูกเส้นด้ายที่ข้อมือเด็ก

ชาวลีซอเชื่อว่าโลกเต็มไปด้วยผีร้ายและผีดี ผีที่พวกลีซอเกรงกลัวกันมาก คือ ผีหลวงประจำยอดเขา เขาจะสร้างศาล เจ้าเอาไว้ พร้อมกับปักธงหางว่าวมีรั้วล้อมรอบ เชื่อกันว่าผีหลวง นี้โกรธเคืองง่าย เวลาผีหลวงโกรธจะโยนก้อนหินใหญ่ลงมา บางครั้ง บันดาลให้เกิดฟ้าร้องฟ้าผ่า ผีรองลงมาคือผีเมืองมีศาลอยู่บนเนินเขานอกหมู่บ้าน ผีนี้เป็นผีดีคอยปกปักษ์ อันตราย ให้ชาวลีซอ การเลี้ยงผีหมู่บ้านนี้ มีประจำทุกปี โดยจัดพร้อมกับผีหลวงในเทศกาลปีใหม่ ชาวลีซอมีผู้นำ ศาสนา หรือหมอผี เป็นผู้ประกอบพิธีต่าง ๆ เช่น พิธีแต่งงาน งานศพ งานเซ่นผี ผูกข้อมือ เป็นต้น ในหมู่บ้านลีซอยังมีศาลเจ้าที่ เรียก ศาลปู่เจ้า เชื่อกันว่าทรงอิทธิฤทธิ์และปกป้องหมู่บ้านให้พ้นโจรผู้ร้าย ผีร้าย ข้าวยาก หมากแพง และโรคระบาด ปู่เจ้ายัง ควบคุม พฤติกรรมลูกหลาน (ผีร้ายได้แก่ ผีน้ำ (อิยาเน) ผีป่า (เน่ด่ามา) ผีไร่ (อามิเน่) เป็นต้น

ระบบเศรษฐกิจของชาวลีซอ คือการทำไร่ข้าว ฝิ่น พริก ฝ้าย ข้าวโพด มันฝรั่ง และพืชผักต่าง ๆ การทำไร่ข้าว เพียงเพื่อบริโภคภายใน ครอบครัวมากกว่าขายเป็นสินค้า และนำข้าวบางส่วนไปเลี้ยงหมู ไก่ หรือมาหมัก ต้มกลั่นเป็นสุรา ข้าวโพด ชาวลีซอปลูกฝิ่น ส่งไปขายพ่อค้า แต่ชาวลีซอไม่นิยมสูบฝิ่น นอกจากนั้น ชาวลีซอยังเลี้ยงสัตว์ เช่น ไก่ หมู แพะ แกะ ม้า พืชผลที่นำไปขายได้แก่ พริก มันฝรั่ง

สรุป ชนเผ่าลีซู มีสังคม วัฒนธรรมและภาษาที่เฉพาะ และมีอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ทำสวน มีความเชื่อทางศาสนาผี ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ และอาจจะมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพเนื่องจากระดับการศึกษา

2.3.4 ชาวกะเหรี่ยง

ชาวกะเหรี่ยงเป็นชนเผ่าที่จัดได้ว่ามีหลายเผ่าพันธุ์ หลายภาษา มีการนับถือศาสนาที่ต่างกัน แต่กะเหรี่ยงดั้งเดิมจะนับถือผี เชื่อเรื่องต้นไม้ป่าใหญ่ ภายหลังหันมานับถือพุทธ คริสต์ เป็นต้น กะเหรี่ยง มีถิ่นฐานตั้งอยู่ที่ประเทศพม่า แต่หลังจากถูกรุกรานจากสงคราม จึงมีกะเหรี่ยงที่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ประเทศไทย กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย กะเหรี่ยงสะกอ หรือที่เรียกนามตัวเองว่า ปากะญอ หมายถึงคน หรือมนุษย์นั้นเอง กะเหรี่ยงสะกอเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด มี

ภาษาเขียนเป็นของตนเอง โดยมีมิชชันนารีเป็นผู้คิดค้นดัดแปลงมาจากตัวหนังสือพม่า ผสมภาษาโรมัน กลุ่มนี้หันมานับถือศาสนาคริสต์เป็นส่วนใหญ่ กะเหรี่ยงโปร์นั้นเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างเคร่งครัดในประเพณี พบมากที่อำเภอ แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน อำเภอ อมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และแถบตะวันตกของประเทศไทย คือ กะเหรี่ยงบเว พบที่ อำเภอ ขุนยวม แม่ฮ่องสอน ส่วนปะโอ หรือตองสูก็มีอยู่บ้าง แต่พบน้อยมากในประเทศไทย ชนเผ่า "ปกากะญอ" เป็นชนเผ่าที่บอกกล่าวถึงประวัติศาสตร์ความเป็นมานับร้อยนับพันเรื่อง เรียงร้อยเก็บไว้ในแนวของนิทาน อาจจะไม่ใช่หลักฐานที่แน่ชัด แต่ก็พยายามที่จะเล่าสืบทอดให้ลูกหลานได้รู้ ถึงความเป็นมาของเผ่าพันธุ์ และวัฒนธรรมของตัวเอง

สรุป ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเป็นกลุ่มที่อาจจะมีปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ น้ำดื่ม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในที่ราบลุ่ม

2.3.5 ชาวม้ง

ชาวม้ง เป็นสาขาหนึ่งของชนชาติจีนเป็นกลุ่มจีนเก่า มีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า แม้ว แต่พวกนี้เรียกตนเองว่า ม้ง บรรพบุรุษของชาวม้งเคยอาศัยอยู่บริเวณแม่น้ำเหลือง แถบมณฑลยูนนาน กวางสี กวางเจาในประเทศจีน มีชาวม้งบางส่วนได้อพยพจากประเทศลาวและพม่าเข้าสู่ประเทศไทยมาอาศัยอยู่ทางเหนือของประเทศไทย ม้งใน ประเทศไทยแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ม้งน้ำเงิน (ม้งลาย ม้งดำ ม้ง ดอก) และม้งขาว การแบ่งม้งเป็น 2 สาขาดังกล่าวนี้ ก็โดยอาศัยความแตกต่าง ทางภาษา เครื่องแต่งกาย และชื่อที่พวกเขาเรียกตัวเอง ม้งในประเทศไทยอาศัยกระจัดกระจายกันอยู่ในจังหวัดต่างๆทางภาคเหนือ เช่น ในจังหวัดน่าน เชียงราย เชียงใหม่ และยังพบหมู่บ้านม้งตั้งถิ่นฐานอยู่ในจังหวัดตาก แพร่ เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก ชาวม้งในประเทศไทยมีสายสัมพันธ์กับพวกม้งขาว ในประเทศจีนตอนใต้ ซึ่งเป็นพวกที่อพยพมากที่สุดในช่วงปลายศตวรรษ ที่ 19 ม้งในประเทศไทยพูดภาษาที่มีความคล้ายคลึงกับภาษาที่ใช้อยู่ทางตอนใต้ของ ประเทศจีน ภาษาพูดของม้งกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในประเทศไทย สามารถจะใช้ติดต่อกัน ได้แม้ว่าจะมีความแตกต่างกัน

การตั้งถิ่นฐานของชาวม้ง จะตั้งบ้านเรือนบนภูเขาสูงห่างไกลจากชาวเขาเผ่าอื่น ๆ บ้านเรือนปลูกเป็นโรงติดกับพื้นดิน ฝาเรือนทำจากไม้ฟากตั้ง ระบบเครือญาติของม้ง ยึดถือระบบวงศ์ตระกูล (หรือแซ่) โดยนับถือตระกูลทางฝ่ายชาย ตระกูลที่สำคัญ 11 ตระกูล ได้แก่ ซ้ง ลี้ ซอง วั่ง มัว เฒ้า ฮู วู โล (เลา) คิน และย่าง สำหรับในประเทศไทย ตระกูลของม้งกระจัดกระจายทั่วไป ซึ่งแต่ละตระกูล จะมีพิธีกรรมทางศาสนาของตัวเอง ระบบครอบครัวของม้ง โดยปกติชายจะมีภรรยาคนเดียว อย่างไรก็ตาม ก็มีข้อห้าม เช่น ห้ามแต่งงานกับภรรยาของบิดา ห้ามแต่งงานกับสมาชิกของครอบครัว ที่ใช้นามสกุล เดียวกัน ห้ามแต่งงานกับญาติชั้นหนึ่งและชั้นสองหรือพี่น้องข้างเคียง เป็นต้น ผู้ชายม้งถือว่าการแต่งงาน คือ การหาแรงงานมาเพิ่มเติม เมื่อชายต้องการภรรยา เขาจะไปสู่ขอกับบิดามารดาของสตรีผู้นั้น พร้อมกับนำเงินที่ได้ ตกลงกันไปให้ เงินชนิดนี้ เรียก “เงินซื้อเมีย” สตรีผู้นั้นจะเป็นภรรยาของตนทันที

ม้งสองกลุ่มในไทยจะแต่งกายต่างกัน ความแตกต่างในเรื่องนี้ดูได้จากเครื่องแต่งกายของหญิงม้งขาวและม้งน้ำเงิน ม้งน้ำเงิน ผู้หญิงจะสวมกระโปรงจีนพื้นสีน้ำเงิน และมีลวด ลายเป็นสีขาวจาง ๆ ที่ชายกระโปรงปักลวดลายสีต่าง ๆ และมีผ้าปิดข้างหน้าสีดำอยู่ข้างหน้า พวกม้งขาวจะนุ่งกางเกงสีน้ำเงินมีผ้าปิดข้างหน้าสีน้ำเงินและดำทั้งข้างหน้า และข้างหลังบางครั้งจะนุ่งกระโปรงเรียบๆสีขาวไม่มีปักหญิงม้งทั้งสองกลุ่มนี้จะใส่คอเสื้อปักลวดลายเหมือนกันแต่ของม้งขาวจะใหญ่กว่าม้งน้ำเงิน ผู้หญิงม้งขาวจะใช้ผ้าโพก ผมทุกวัน ม้งน้ำเงินจะเกล้าผมสูงไม่ใช้ผ้าโพกผมนอกจากมีงานฉลอง ผู้ชายม้งขาวจะมีผ้าสีขาวอยู่ปลายแขนเสื้อ สวมกางเกงสั้นกว่าม้งน้ำเงิน สวมเสื้อสั้นเปิดท้องสีน้ำเงิน ส่วนม้งลาย ผู้ชายจะสวมเสื้อยาวไม่เปิดพุง กางเกงสีดำยาวถึงตาตุ่ม

ระบบเศรษฐกิจ ชาวม้งทำการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปลูกข้าวไร่ ข้าวโพด มันฝรั่ง ยาสูบ ผัก ฝิ่น ชาวแม้วนิยมการปลูกฝิ่นหมุนเวียนกับ การปลูกข้าวโพด

ระบบการปกครองของม้งจะมีหัวหน้าหมู่บ้านซึ่งจะมีการรวมกลุ่มของผู้ชาย หัวหน้าหมู่บ้านอาจมีมากกว่าหนึ่งคน ตระกูลที่มีสมาชิกจำนวนมากแสดงให้เห็นถึงความมั่งคั่ง อย่าง ไรก็ตาม การเป็นหัวหน้าหมู่บ้านของม้งไม่มีกำหนดวางไว้ เมื่อได้รับตำแหน่งแล้วก็จะดำรงตำแหน่งตลอดไปจนสิ้นสภาพ เมื่อตายหรือลาออกหรือที่ประชุมหมู่บ้านเห็นว่าไม่ เหมาะสมจะมีมติให้ลาออก ในการปกครองของพวกม้งจะยึดถือจารีตประเพณี ผีที่ม้งนับถือมี 2 ชนิด คือ ผีฟ้า หมายถึง ผู้สร้างแผ่นดิน มนุษย์และสัตว์ บันดาลให้เกิดและตายได้ ผีเรือน คือ วิญญาณของบรรพบุรุษ ทำหน้าที่ปกปักรักษามิให้เกิดอันตรายอำนวยความสุข ความร่ำรวย และอาจทำให้เจ็บป่วย และยากจนได้เช่นกัน ผีเรือนของม้งมี 6 ตนเรียงลำดับตามอาวุโส คือ ผีปู่ย่าตาทวด ผีเสากลางบ้าย ผีเตาไฟ ผีเตาข้าวหมู ผีประตู และผีห้องนอน ม้งเชื่อว่า มนุษย์ตายไปแล้ว วิญญาณยังคงเวียนว่ายอยู่ระหว่างบ้านของตนกับหลุมฝังศพ ชาวม้งจึงทำแท่น บูชาผีเรือนไว้ทุกบ้านและมีการเซ่นไหว้เป็นประจำ

สรุป ผู้สูงอายุชาวม้ง อาจจะมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องจากการประกอบอาชีพตั้งแต่วัยเยาว์ วิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางผี ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจจะมีการพึ่งพิงการดูแลสุขภาพจากความเชื่อเหล่านี้ได้

2.3.6 ชาวเย้า

ชาวเย้า เมี่ยน (เย้า) ได้รับการจัดให้อยู่ในเชื้อชาติ มองโกลอยด์ คืออยู่ในตระกูลจีนธิเบต คนเย้าในประเทศไทย เรียกตัวเองว่า เมี่ยน หรือ อิ้วเมี่ยน ซึ่งมีความหมายว่า มนุษย์ หรือ คนเหยา ซุ่น อัน กล่าวว่าชาวเย้าในประเทศจีนแยกออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ เผ่าเปี้ยน เผ่าปูนู เผ่าฉาซัน และเผ่าผิงตี้ ชาวเย้าเผ่าเปี้ยนมีประชากรมากที่สุดและเป็นกลุ่มที่ย้ายถิ่นฐานตลอดเวลาเป็นระยะทางที่ไกลที่สุด และกระจายกันอยู่ในอาณาบริเวณที่กว้างขวางที่สุดด้วย **ภาษาเย้าในปัจจุบัน** ผ่านการพัฒนากลายเป็นภาษาถิ่นย่อย 3 ภาษา คือ ภาษาเมี่ยน ภาษาปูนู และภาษาลักจา

ชาวเย้ามีการรักษาโรคได้หลายแบบขึ้นอยู่กับอาการที่ปรากฏว่ามากหรือน้อย เป็นอาการทางร่างกายหรือทางจิตใจ วิธีการรักษามีหลายแบบ เช่น การดึงหรือบีบบริเวณที่ปวด รักษาด้วยสมุนไพร และรักษาด้วยการ

เลี้ยงผี หรือหากมีอาการเจ็บป่วยมากก็จะอาศัยการรักษาแบบสมัยใหม่ด้วยการไปโรงพยาบาล และสิ่งหนึ่งที่เมี่ยนนิยมใช้ควบคู่กับการรักษาพยาบาล คือ การทำพิธีกรรม

สรุป ผู้สูงอายุชาวเย้า อาจจะมีปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพ การไม่สามรถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพอันเนื่องมาจากระดับเศรษฐกิจ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพ

Anderson, Kravits and Anderson (1975) ได้เสนอปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพว่าในการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพนั้นมีปัจจัยหลัก ๆ 3 ประการ คือ

2.4.1 ปัจจัยโน้มนำ หมายถึงตัวแปรต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลที่โน้มนำไปสู่การใช้บริการสุขภาพ ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้มีก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วย

ก. ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว

ข. ปัจจัยทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา เชื้อชาติ

ค. ความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ความเชื่อว่าการรักษาพยาบาลโดยการแพทยีแผนปัจจุบันให้ผลการรักษาที่ดีกว่า

2.4.2 ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่บ่งบอกหรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้ารับบริการสุขภาพ ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ ได้แก่ปัจจัยทางทรัพยากรครอบครัว รายได้ ประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และทรัพยากรชุมชน และการมีสถานบริการสุภขาพในชุมชน

2.4.3 ปัจจัยด้านความจำเป็น ประกอบด้วยความจำเป็น 2 อย่าง คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล เช่นการรักบรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความจำเป็นที่จะต้องได้รับการประเมินจากบุคลากรจากสถานบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ปัจจัยการเข้ารับบริการสุภขาพยังมีผลจากระบบบริการสุภขาพะด้วย รวมทั้งความพึงพอใจ ความสะดวกสบาย การมีบริการที่ต้องการ ค่าใช้จ่าย ลึกษณะของผู้ให้บริการและคุณภาพการให้การบริการ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของการบริการทางการแพทย์

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของบริการทางการแพทย์มีอยู่หลายประการดังนี้

2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและการบริการสุขภาพ

สุขภาพ ที่ดีนั้นเกิดจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและสังคม ซึ่งคำว่าสุขภาพ มีความหมายแตกต่างจากสินค้าและบริการทั่วไป (ฉัตรสุมน พฤฒิภิณโญ, 2010) กล่าวคือ กระบวนการผลิตสุขภาพนั้นแตกต่างจากการผลิตสินค้าและบริการอื่นๆโดยสิ้นเชิง สุขภาพที่ดีไม่มีจำหน่ายในท้องตลาดให้เลือกซื้อขายได้ แต่ละบุคคลมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเข้ารับบริการทางสุขภาพของแต่ละบุคคลจึงไม่เหมือนกัน แต่ปัจจัยหลักที่เป็นเหตุให้ทุกคนต้องเข้ารับการบริการทางสุขภาพคือ ความเสื่อม

ของร่างกายตามอายุขัย อุบัติเหตุ และการระบาดของโรคต่างๆ การบริการด้านเป็นสินค้าที่มีลักษณะพิเศษที่ความต้องการไม่ขึ้นกับราคา แต่ขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการรักษา เรียกว่าเป็น ' สินค้าคุณธรรม' (merit goods) บุคราการทางการแพทย์จะปฏิเสธการรักษาไม่ได้ จึงไม่สามารถยึดเรื่องค่าตอบแทนเป็นปัจจัยหลัก แต่ยึดเรื่องคุณธรรม มนุษยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพ และการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในบางส่วนยังถือว่าเป็นสินค้าสาธารณะ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2010) โดยองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การให้บริการทางสุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะ แนวความคิดนี้ได้เริ่มต้นโดย นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลนาม พอล แอนโทนี่ แซมมวลสัน (Paul, 1954) ซึ่ง แนวคิดของ พอล เอ. แซมมวลสัน ได้รับการพัฒนาเรื่อยมาจนกระทั่งภายหลังได้มีการกำหนด “เกณฑ์การแบ่งประเภทสินค้าโดยอาศัยลักษณะของสินค้า” ซึ่งลักษณะของสินค้าที่ถือว่าเป็นสินค้าสาธารณะคือ ลักษณะการไม่เป็นปรปักษ์ในการบริโภค (Non-Rival Consumption) และ ลักษณะการแบ่งแยกการบริโภคออกจากกัน (Exclusion Principle) สินค้าที่ไม่เป็นปรปักษ์ในการบริโภค (Non-rival in Consumption) อาจเรียกว่า สินค้าที่บริโภคร่วมกัน (Joint Consumption) หรือ Collective-consumption Goods ตามทัศนะของ พอล เอ. แซมมวลสัน คือสินค้าที่เมื่อคนหนึ่งใช้แล้วไม่ทำให้คนอื่นที่มาใช้ร่วมได้รับอรรถประโยชน์น้อยลงหรือไม่สามารถกีดกันคนอื่นมาใช้สินค้า หรือบริการได้ และคุณประโยชน์ของสินค้าก็ไม่ลดลง เช่นในกรณีของการให้บริการทางสุขภาพโดยเฉพาะการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เหตุผลที่สินค้าที่ไม่เป็นปรปักษ์ในการบริโภคถูกจัดเป็นสินค้าสาธารณะนั้นเพราะภายใต้กลไกตลาด ผู้ผลิตและผู้บริโภคจะตัดสินใจกิจกรรมทางเศรษฐกิจโดยอาศัยต้นทุนส่วนเพิ่ม (Marginal Cost) และอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม (Marginal Utility) หรือผลประโยชน์ส่วนเพิ่ม (Marginal Benefit) โดยผู้ผลิตนั้นจะผลิตก็ต่อเมื่อต้นทุนส่วนเพิ่มน้อยกว่าผลประโยชน์ส่วนเพิ่ม ส่วนผู้บริโภคก็จะซื้อสินค้าหรือบริการเมื่อได้รับผลประโยชน์เพิ่มสูงกว่าต้นทุนส่วนเพิ่มหรือเงินที่จ่ายออกไป เกณฑ์ที่บ่งบอกถึงความเป็นสินค้าสาธารณะอีกประการหนึ่งคือ สินค้าที่สามารถใช้กลไกราคาหรือมาตรการบางอย่างเป็นเครื่องมือเพื่อที่จะกีดกันไม่ให้ผู้ใดได้ใช้สินค้านั้น ถ้าหากผู้นั้นไม่ยอมจ่ายเงิน หรือค่าตอบแทนเพื่อแลกเปลี่ยนอย่างอื่นเพื่อแลกกับการใช้หรือบริโภคสินค้า ถ้า “สามารถแยกได้” ก็เป็นสินค้าที่สามารถแยกการบริโภคจากกันได้ (Excludable) เช่นการบริการทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากการให้บริการตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงจะได้รับ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะใช้บริการตามกำลังและสถานภาพทางการเงินของตน ส่วนคนที่มีกำลังทรัพย์ไม่เพียงพอก็ไม่สามารถใช้บริการได้ แต่ถ้า “สามารถแยกไม่ได้” ก็เป็นสินค้าที่ไม่สามารถแยกการบริโภคออกจากกันได้ (Non-excludable) ซึ่งคือสินค้าที่ไม่สามารถใช้กลไกราคาหรือมาตรการใดๆ มากีดกันให้ผู้บริโภคเข้าถึงสินค้า ไม่ว่าผู้บริโภคนั้นจะจ่ายค่าตอบแทนในการใช้สินค้านั้นหรือไม่ก็ตาม ก็คือสินค้าที่ไม่สามารถแยกการบริโภคออกจากกันได้นั่นเอง เช่น การรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย การฉีดวัคซีนบอกกันการระบาดของโรคติดต่อ โดยสินค้าเหล่านี้ผู้คนจะได้รับผลประโยชน์แม้ว่าจะไม่ได้จ่ายเงินหรือทำอะไรเป็นการแลกเปลี่ยนเลยก็ตาม จึงสามารถสรุปได้ว่าสินค้าหรือการให้บริการทางสุขภาพเป็นทั้ง

การให้บริการทางสุขภาพหรือสินค้าและบริการสาธารณสุข ได้แก่ บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีแนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสาธารณสุข 4 ประการ (อุทัย ม่วงศรีเมืองดี, 2011) คือ

1.หลักความเสมอภาค (Equality) การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชาวเขาจะคำนึงถึงความเสมอภาค โดยไม่คำนึงถึงรายได้และสถานะทางสังคม

2.หลักของความเป็นธรรม (Equity) โดยการจัดบริการสาธารณสุขต้องตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Health need)

3.หลักของเสรีภาพ (Freedom) การจัดบริการนอกเหนือจากการบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐานขึ้นกับความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) ของ ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการตามกำลังทรัพย์ที่ตนเองมี

4.หลักประสิทธิภาพ (Efficiency) จะคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มาใช้บริการ

2.5.2 ระบบสุขภาพ

ในแนวทางของสังคมศาสตร์แล้วระบบทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางสังคมในการที่จะจัดการในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย George (1978) ได้ให้คำจำกัดระบบทางการแพทย์ว่าเป็นกลยุทธ์ในการปรับตัวของวัฒนธรรมทางสังคม Foster ยังได้ให้คำแนะนำอีกว่า ระบบทางการแพทย์ที่มีการปรับตัวตามธรรมชาติจะเห็นได้ชัดเจนจากคำจำกัดความของเพื่อนร่วมงานของเขา คือ Frederick (1976) ที่กล่าวว่า “รูปแบบของสถาบันทางสังคมและขนบประเพณีทางวัฒนธรรมซึ่งพัฒนามาจากพฤติกรรมที่ไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้ว ในการจะส่งเสริมสุขภาพ อาจจะเป็นหรือไม่เป็นผลที่ตามมาในเรื่องราวเฉพาะของพฤติกรรมนั้น จัดว่าเป็นพฤติกรรมทางความเจ็บป่วยทั้งสิ้น” ระบบการแพทย์ไม่จำเป็นที่จะต้องเน้นหนักไปในเรื่องรูแบบของชีววิทยาทางการแพทย์ หรือการปฏิบัติที่มีเหตุผลทางธรรมชาติที่เหมาะสม จากมุมมองนี้เองระบบการแพทย์ก็คือ แนวคิดทางทฤษฎีที่เชื่อมต่อเนื้อหาของความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของโรคเข้าด้วยกันกับการรักษาที่ถือปฏิบัติมาโดยผู้คนในหลายๆ สังคมนั่นเอง ซึ่งในความเป็นจริงทางสังคมแล้วไม่มีสังคมใดเลยที่จะมีระบบการแพทย์แต่เพียงระบบเดียวเลย (ปรีชา อุปโยคิน, 2547)

ระบบการดูแลสุขภาพเป็นสถาบันทางสังคมสถาบันหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิสัมพันธ์ของผู้คนกลุ่มหนึ่ง ทั้งเป็นผู้ให้และผู้รับ เป็นคนใช้และเป็นผู้ให้การรักษา ระบบการดูแลสุขภาพเป็นรูปแบบของความเป็นจริงทางสังคมและการสร้างขึ้นจากวัฒนธรรม ระบบการดูแลสุขภาพจะรวมเอาความเชื่อและรูปแบบพฤติกรรมของคนในสังคมเอาไว้ด้วยกัน ระบบการดูแลสุขภาพก็คืออะไรก็ตามที่มีผลกระทบต่อระดับของการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ด้านชีววิทยาการแพทย์ การให้การรักษาและเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ระบบการแพทย์ก็คือ แบบแผนทางความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติ ในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่ต้องเกิดขึ้น แก่บุคคลไม่เวลาใดก็เวลา

หนึ่ง และก็ ถือเป็นผลรวมของการจัดระเบียบทางโครงสร้างของสังคม เทคโนโลยี และบุคลากรต่าง ๆ ที่จะทำหน้าที่ใน การบำบัดรักษาผู้เจ็บป่วย ขณะเดียวกันการปฏิบัติ ที่ต่อเนื่องก็จะทำหน้าที่ดำรงไว้ซึ่งระบบการแพทย์นั้น ๆ “เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยเขาจะทำอย่างไร” เพียงแต่คำถามนี้อาจอธิบายได้ไม่สิ้นสุด เพราะแต่ละวัฒนธรรมก็มีระบบความคิด ความเชื่อทางการแพทย์แตกต่างกันออกไป ตั้งแต่การใช้สมุนไพร ซื้อยากินเอง ไปจนถึงการทำพิธีกรรมต่าง ๆ กล่าวโดยสรุป ความเจ็บป่วยก็คือพฤติกรรมทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่บุคคลต้องการจะขจัดปัดเป่าให้หายไม่ว่าจะใช้วิธีใด ๆ ตามระบบความเชื่อของสาเหตุของการเกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย กิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อทางการแพทย์ไม่ได้อุบัติขึ้นมาภายในวันเดียว แต่เป็นสถาบันทางสังคมที่เกิดขึ้นและสืบทอดมาช้านานภายใต้ตัวกำหนดของวัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรม ทุกสังคมจะมีระบบการแพทย์ของตนเองและอาจจะมีมากกว่าหนึ่งระบบขึ้นไป ขึ้นอยู่กับการยอมรับแลกเปลี่ยน หรือคิดค้นกัน

2.5.3 ระบบบริการสุขภาพและปัจจัยด้านผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของการให้บริการสุขภาพเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคและควบคุมโรค จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขในปี 2015 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหรือที่แต่เดิมเรียกว่าสถานีอนามัย มากกว่า 9,000 แห่งทั่วประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข , 2015) และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ จำนวนมากกว่า 700 แห่งทั่วประเทศ ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง มีราคาแพง จึงทำให้โรงพยาบาลระดับนี้มีจำนวนไม่มากนัก และไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ทำให้การใช้บริการของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2015) ในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ยังคงมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการตั้งโรงพยาบาลเอกชน การมีความแตกต่างของสถานบริการสุขภาพนั้น มีส่วนทำให้เกิดความแตกต่างของการใช้บริการสุขภาพตามมา (Marmot, 2008) โดยจังหวัดที่มีจำนวนเตียงมากกว่า ก็จะมีจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่มากกว่าด้วย หรือหมายถึงการเข้าถึงบริการและใช้บริการที่มากกว่านั่นเอง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง ประชาชนหรือผู้สูงอายุที่มีไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ (Andersen, 2007) ดังนั้นเพื่อให้การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ เกิดความเป็นธรรม เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน มีดัชนีชี้วัดระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญ 6 ประการ (Six building block framework) ได้แก่ (WHO, 2007)

1. ระบบบริการ ได้แก่ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ
2. กำลังคนด้านสุขภาพ
3. ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
4. เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ได้แก่ ยา และเวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษา
5. งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบ

จากกรอบแนวคิดของดัชนีชี้วัดระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญ 6 ประการซึ่งกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งระบุไว้ว่าปัจจัยทางด้าน การส่งมอบบริการ (Service Delivery) บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce) ข้อมูลข่าวสาร (Information) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี (Health Workforce) การเงิน (Financing)ภาวะผู้นำและธรรมมาภิบาลของระบบ (Leading / Governance) จะส่งผลให้เกิด Intermediate outcome คือ การเข้าถึงบริการ (Access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (Coverage) คุณภาพบริการและความปลอดภัย (Quality and Safety) ซึ่งสุดท้ายแล้วเมื่อระบบมีองค์ประกอบทางด้านระบบบริการสุขภาพที่ดีทั้งหกด้านแล้ว จะส่งผลให้เกิด Outcome สุดท้ายของระบบบริการสุขภาพ 4 ประการ คือ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสุขภาพที่ดีขึ้น (Equity and Improve health)) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน (Social and Risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการ (Improved efficiency) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขา จึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ (Access to care) ซึ่งเป็น Intermediate outcome ที่เกิดจากดัชนีชี้วัดระบบบริการสาธารณสุขที่สำคัญ 6 ประการ เป็นพิเศษ เนื่องจากทีมผู้วิจัยมองว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คือเพื่อประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

2.5.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to care)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถประเมินโดยตรงได้ 3 ด้าน คือ (Schipper, Luijkx, Meijboom, & Schols, 2015) ความสะดวก (Availability), ราคาเหมาะสม ไม่แพง (Affordability) และ การยอมรับ (Acceptability) หรือ 3 A’s การจัดบริการสุขภาพผู้ให้บริการต้องคำนึงทั้ง 3 ด้าน มิติด้านการยอมรับจะเป็นมิติที่สำคัญในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่สถานบริการสุขภาพจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพส่วนบุคคล ส่วนความสะดวกนั้นเป็นการปฏิบัติและทางเลือกขององค์กร และสุดท้าคือราคาที่เหมาะสมอาจเป็นประเด็นที่ยาก

2.5.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

อุปสรรคที่พบบ่อยในการไปพบแพทย์ของผู้สูงอายุคือ แพทย์ขาดการตอบสนองต่อความวิตกกังวลผู้ป่วย ใบเสร็จรับเงิน การเดินทาง และความปลอดภัยบนท้องถนน การมีรายได้ต่ำ ไม่มีหลักประกันสุขภาพ อายุที่มากขึ้น และเพศหญิง เป็นปัจจัยอิสระที่ได้รับการยอมรับ (Fitzpatrick, et al., 2004)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่จะมีความเจ็บป่วย ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงอาจไปพบแพทย์ แต่กลุ่มที่เป็นปัญหาคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาแต่ไม่เคยพบแพทย์ กลุ่มที่มีการรายงานสถานะตัวเองในแง่ลบ และคนที่มีการศึกษาต่ำ เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพ (Fernandez-Olano et al., 2006) ผู้สูงอายุที่เดินลำบาก และใช้ยุทธศาสตร์การเบิกจ่ายเงินจากบริการด้านการเงินในการดูแลสุขภาพ จะมีผลกระทบจากโปรแกรมด้านการรักษาสุขภาพ และอาจทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการในผู้สูงอายุได้ (Taylor & Hoenig, 2006)

ประเทศไทยเริ่มเผชิญปัญหาในการจัดบริการสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การบริหารจัดการระบบสุขภาพ ควรเน้นเรื่องโครงสร้าง นโยบายสุขภาพที่มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพที่หลากหลายในชุมชน รวมถึงการให้บริการสุขภาพและการช่วยเหลือผู้ที่ยากจน อย่างไรก็ตาม การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุไม่ควรแยกกัน แต่ให้เพิ่มบริการ และกิจกรรมใหม่ในโครงการเดิมที่มีอยู่ และผสมผสานกับระบบบริการเดิมที่มีอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบาย สังคม-เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทำให้มีโอกาสในการจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้ (Chunharas, 2002)

2.5.6 การวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Measuring access to effective care in elderly people) การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่ม Staff Model และ Group Model HMO และ กลุ่ม Fee-for-Service (FFS) ในประเทศอังกฤษ (Barton, Dayhoff, Soumerai, Rosenbach, & Fletcher, 2001) พบว่า การเบิกจ่ายค่ารักษาและการใช้เครื่องบันทึกข้อมูลทางการแพทย์อัตโนมัติ จะทำให้มีผู้สูงอายุที่สามารถการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่รับการรักษาฟรี ในกลุ่มประชากรเดียวกัน

2.5.7 อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การศึกษาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีอุปสรรคไม่ใช่จำกัดแค่เรื่องการเดินทาง ประกันสุขภาพ หรือการมีครอบครัวช่วยเหลือ ยังมีระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อน ภาวะยากจน วัฒนธรรม การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนจากผู้ดูแลสุขภาพ เชื้อชาติ/สัญชาติ และการขาดบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาล แพทย์ ซึ่งขาดการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ หรือเจ้าหน้าที่ทั่วไป จากการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีขีดจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันใดๆ แนวทางแก้ไขคือการกำจัดอุปสรรคทั้งหมด (Horton & Johnson, 2010) แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีปัจจัยทางการแพทย์และลักษณะประชากรที่มีผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งปัจจุบันประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น คาดว่าประชากร ร้อยละ17

จะมีอายุมากกว่า 65 ปี ในปี 2000 และประมาณ 1 ล้านคนจะต้องครอบครองเตียง รัฐบาลญี่ปุ่นได้ออกกฎหมายให้เพิ่มเตียงนอนสำหรับผู้สูงอายุ 10 เท่า ในสถานพยาบาลต่างๆ และเพิ่มเตียงเสริม 14 เท่า และสร้างหรือปรับปรุงบ้านที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงได้อีก 500 เท่า (Kosaka, 1996)

2.6 งานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาในเรื่องอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นพบว่า แม้ว่าในประเทศญี่ปุ่นจะมีระบบประกันสุขภาพแต่ ปัจจัยด้านสถานะทางการเงินและค่าใช้จ่าย มีผลอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของผู้อายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะใช้บริการทางสุขภาพน้อยลงหรือหยุดเข้ารับบริการ (Murata, 2010)

การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (อรวรรณ์ คูหา, 2011)โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา อาศัยข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์และการทำกระบวนการกลุ่ม Focus group ในกลุ่มบุคราการทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า Home Health Care เป็นการบริการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากค่อนข้างมีความพร้อมในการจัดการบริการและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวได้ ส่วนปัญหาความไม่พร้อมของสถานบริการสุขภาพในการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ จำนวนบุคราการ สถานที่และงบประมาณในการดำเนินงาน ยังไม่เพียงพอ และขาดการบูรณาการระหน่วยงานต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาของ ผ่องพรรณ อนุณแสง โดยการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นร่วมกับแบบประเมินมาตรฐาน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพจิต สมรรถภาพสมอง และรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีบุตรและคู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์หลักในการดูแลด้านต่างๆโดยเฉพาะสุขภาพ ผ่องพรรณ อนุณแสง (2555)

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ในการดำเนินการวิจัย คือจังหวัดเชียงราย โดยจะดำเนินการสุ่มเก็บข้อมูลจากทุกหมู่บ้านที่มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ และเก็บข้อมูลจากฝ่ายผู้ให้บริการ โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่

3.2 กลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในวันที่เก็บข้อมูล และเป็นชาวไทยภูเขา ชนชาติพันธุ์ อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า และลีซู

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ให้บริการ โดยจะเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มด้วยคำถามเชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม

3.3 การคัดเลือกประชากรศึกษา

ในกระบวนการเก็บข้อมูล นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลประชากรชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย จากทั้งหมด 647 หมู่บ้าน โดยมีอาข่า 243 หมู่บ้าน ลีซอ มี 35 หมู่บ้าน กะเหรี่ยง มี 36 หมู่บ้าน ม้ง มี 56 หมู่บ้าน เย้ามี 63 หมู่บ้าน ลาหู่มี 316 หมู่บ้าน

นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มแบบง่าย โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยวิธีสุ่มแบบง่าย เพื่อให้ได้ จำนวน 13 คน ต่อหมู่บ้าน (10 คน สำหรับผู้ที่มีบัตรประชาชน และ อีก 3 คน เป็นคนที่ไม่มีบัตรประชาชนคนไทย) ดังนั้น ดังนั้นต้องการ 5 หมู่บ้านในแต่ละชนเผ่า ทั้งหมด จึงเป็น 30 หมู่บ้าน

ในส่วนโครงการย่อยที่ 4 (การประเมินการเขาถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย) ในส่วนกลุ่มผู้ให้บริการ จะเก็บข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา จากสถานบริการที่มีชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่จะเก็บข้อมูลโดยวิธี In-depth interview ในกลุ่มผู้ให้บริการระดับต่าง ๆ จำนวน 25 คน

3.4 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 350 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย 10% นั้น ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 385 คน (ชนเผ่าละประมาณ 65 คน)

ในส่วนผู้ให้บริการจะเก็บจากผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลชุมชน 5 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 20 คน รวมเป็น 25 คน

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบประเมิน การทำกระบวนการกลุ่ม และแนวคำถามสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงลึก ในการประเมินระดับการเข้าถึงบริการ การให้บริการ จำนวนทั้งหมด 3 ชิ้น

3.5.1 แบบสอบถามการประเมินการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน (ใช้เก็บข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายแต่ละชนเผ่า จำนวน 30 หมู่บ้าน)

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ประกอบไปด้วยคำถาม 3 ข้อ เช่น รายได้ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น (ภาคผนวก)

ส่วนที่ 2 สวัสดิการและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ประกอบไปด้วยคำถาม 6 ข้อ เช่น สวัสดิการทางสุขภาพ ระยะทางและการเดินทาง เป็นต้น (ภาคผนวก)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยคำถาม 37 ข้อ เช่น การรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ คุณภาพของการบริการ ความสะดวกของการเข้าถึงบริการ เป็นต้น (ภาคผนวก)

3.5.2 แบบแนวคำถามอภิปรายกลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรับบริการสุขภาพ ประกอบไปด้วยคำถาม 13 ข้อ เช่น ปัญหาสุขภาพ สถานะสุขภาพในสถานบริการ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น (ภาคผนวก)

ส่วนที่ 2 สถานที่รับการบริการ (ภาคผนวก)

3.6 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร งานวิจัยเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดทิศทางที่ชัดเจนขึ้น
2. ประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อทราบความก้าวหน้าทุก 2 สัปดาห์
3. สุ่มพื้นที่ทำการวิจัยและติดต่อพื้นที่ทำวิจัย
4. คัดเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยและอบรม โดยพยายามคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยที่สามารถใช้ภาษาชนเผ่า
5. ประชุมวางกรอบงานวิจัยร่วมกับที่ปรึกษาแผนงานวิจัย และจะมีการประชุมร่วมกับที่ปรึกษาทุก 1-2 เดือน
6. พัฒนาแบบสอบถาม แบบประเมิน ต่าง ๆที่ใช้ในการวิจัย
7. ทดสอบแบบคุณภาพแบบสอบถามและแบบประเมิน

    7.1 แบบสอบถามและแบบประเมินได้รับการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจากแบบสอบถามจากแบบมาตรฐานของหน่วยงาน

    7.2 นักวิจัยพิจารณาความเหมาะสมของคำถาม จำนวนและลำดับข้อคำถาม

    7.3 นำไปทดลองในชุมชนที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 3 ครั้ง ทุกครั้งที่มีการทดสอบจะมีการพัฒนาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบอีกครั้งหนึ่ง

    7.4 ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 คน ช่วยตรวจความเหมาะสมข้อคำถามและเนื้อหา

7.5 นำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรใกล้เคียง จำนวน 1 ครั้ง

7.6 นำไปเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่จริง

8. คัดเลือกและประชุมชี้แจงโครงการให้พื้นที่วิจัยรับทราบโดยเฉพาะผู้นำชุมชน

9. เก็บข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

10. วิเคราะห์ข้อมูล

11.สรุปงานวิจัยและเขียนรายงานการวิจัย

3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. Descriptive Statistics เช่น Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation ซึ่งจะใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มศึกษาต่าง ๆ

2. Inferential Statistics เช่น Chi-Square test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง Content analysis

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการประมวลผล

แบบสอบถามทั้งหมด นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 20, 2014 (SPSS, Chicago, IL) เพื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนการเทียบระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert Scale) อ้างอิงใน สุภาภรณ์ กิ่งคำ (2550)

5	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	ระดับมาก
3	หมายถึง	ระดับปานกลาง
2	หมายถึง	ระดับน้อย
1	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยในการคำนวณข้อมูลที่รวบรวมได้ และนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ใช้สูตร ดังนี้

$$\text{ช่วงคะแนน} = \frac{\text{ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.8$$

การแปลความหมายของช่วงคะแนนระดับความคิดเห็นเป็นดังนี้

ช่วงคะแนน	**ระดับความเห็น**
4.20 - 5.00	ระดับมากที่สุด
3.40 - 4.19	ระดับมาก
2.60 - 3.39	ระดับปานกลาง
1.80 - 2.59	ระดับน้อย
1.00 - 1.79	ระดับน้อยที่สุด

ในส่วนการการแบ่งระดับการรับรู้ในการการเข้าถึงบริการสุขภาพในแต่ละด้านทางผู้วิจัยได้ทำการแปลงค่าคะแนน (Transform) ให้อยู่ระหว่าง 0-100 โดยคิดจากสูตร [(คะแนนที่ได้ – คะแนนต่อคะแนนต่ำสุดของรายด้าน)/พิสัยของช่วงคะแนนรายด้าน] * 100 (Australian adult population, 2006) อ้างอิงจาก สุภาพร (2558) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบค่า คะแนนรายด้านและภาพรวมได้สะดวกในทางปฏิบัติ จากนั้นนำมาจัดระดับการเข้าถึงบริการ ดังนี้ Mean - S.D. > ค่าคะแนนที่ได้ หมายถึง การเข้าถึงบริการระดับต่ำ Mean - S.D. < ค่าคะแนนที่ได้ < Mean + S.D. หมายถึง การเข้าถึงบริการระดับปานกลาง ค่าคะแนนที่ได้ > Mean + S.D. หมายถึง การเข้าถึงบริการระดับสูง

3.9 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2558 เลขที่ REH-58084

บทที่ 4
ผลการวิจัย

4.1 ลักษณะทางสังคม ประชากร และเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาตัวอย่างทั้งหมด 440 คน จาก 35 หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้าน อาข่า จำนวน 6 หมู่บ้าน ลาหู่ จำนวน 6 หมู่บ้าน ลีซอ จำนวน 6 หมู่บ้าน เย้า จำนวน 6 หมู่บ้าน ม้ง จำนวน 6 หมู่บ้าน และ กะเหรี่ยง จำนวน 5 หมู่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดของการศึกษาดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางสังคม ประชากร

ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สัญชาติ		
มีสัญชาติไทย	404	92.0
ไม่มีสัญชาติไทย	23	5.1
อื่นๆ	13	2.9
ชาติพันธุ์		
อาข่า	104	23.6
ลาหู่	68	15.5
ม้ง	63	14.3
เย้า	75	17.0
กะเหรี่ยง	51	11.6
ลีซู	79	18.0
เพศ		
ชาย	210	47.7
หญิง	230	52.3
ศาสนา		
พุทธ	269	61.5
คริสต์	167	38.0
อื่นๆ	2	0.5

ลักษณะทางสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	417	94.8
ประถมศึกษา	18	4.1
มัธยมศึกษา	2	0.05
อื่นๆ	1	0.00
สถานะภาพ		
โสด	11	2.5
แต่งงาน	281	64.2
หย่าร้าง	12	2.7
ม่าย	134	30.6
อาชีพ		
เกษตรกร	272	61.8
ค้าขาย	144	32.7
รับจ้าง	4	0.9
อื่นๆ	10	2.3

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสัญชาติไทยจำนวน 404 คน (ร้อยละ92.0) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยมีจำนวน 23 คน (ร้อยละ 5.2) และอื่นๆซึ่งส่วนใหญ่ถือสัญชาติพม่า จำนวน 12 คน (ร้อยละ 2.7) ในส่วนของเชื้อชาติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้ศึกษาได้เก็บตามสัดส่วนของแต่ละเชื้อชาติและเก็บได้มากกว่าที่คำนวณไว้เพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงทำให้แต่ละกลุ่มมีจำนวนไม่เท่ากัน ซึ่งกลุ่มที่เก็บได้มากที่สุดคือ อาข่า จำนวน 104 คน (ร้อยละ 23.6) รองลงมาได้แก่ ลีซู (ร้อยละ 18.0) เย้า (ร้อยละ 17.0) ลาหู่ (ร้อยละ 15.5) ม้ง (ร้อยละ 14.3) และกะเหรี่ยง จำนวน 51 คน (ร้อยละ 11.6) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 2 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย

ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ด้านการพูด		
ไม่ได้	194	44.1
ได้เล็กน้อย	188	42.7
ได้	58	13.2
ด้านการฟัง		
ไม่ได้	183	41.6
ได้เล็กน้อย	199	45.2
ได้	58	13.2

จากตารางที่ 2 ด้านความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย แบ่งเป็นด้านการพูดและการฟัง โดยประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.1) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ รองลงมา (ร้อยละ 42.7) พูดได้เล็กน้อย ส่วนด้านการฟังส่วนใหญ่สามารถฟังภาษาไทยออกเล็กน้อย (ร้อยละ 45.2) ไม่สามารถฟังออก (ร้อยละ 41.6) ส่วนสัดส่วนประชากรที่สามารถพูด และฟังได้ (ร้อยละ 13.2) ของทั้งสองกลุ่มความสามารถ

ตารางที่ 3 ประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ประวัติการใช้สารเสพติด	**จำนวน**	**ร้อยละ**
บุหรี่		
สูบ	80	18.2
ไม่สูบ	282	64.3
เลิกสูบแล้ว	77	17.5
สุรา		
ดื่ม	54	12.4
ไม่ดื่ม	301	68.4
เลิกดื่มแล้ว	84	19.2

จากตารางที่ 3 ได้สอบถามประวัติการใช้สารเสพติด โดยแบ่งออกเป็นสี่ประเภทใหญ่ ได้แก่ บุหรี่ สุรา ฝิ่น และยาบ้า การศึกษาพบว่าในกลุ่มของบุหรี่คนส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 64.2) ส่วนผู้ที่สูบจำนวน 80

คน (ร้อยละ 18.2) และผู้ที่เลิกสูบไปแล้วนั้น (ร้อยละ 17.5) ในส่วนของประเภทสุราพบว่า ร้อยละ 68.4 เป็นผู้ที่ไม่ดื่ม ร้อยและ 12.3 และ 19.1 เป็นผู้ที่ดื่ม และเลิกดื่มแล้วตามลำดับ

ตารางที่ 4 ประวัติการใช้ยาเสพติด

ประวัติการใช้สารเสพติด	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ฝิ่น		
สูบ	10	2.3
ไม่สูบ	394	89.7
เลิกสูบแล้ว	35	8.0
ยาบ้า		
เสพ	10	2.3
ไม่เสพ	428	97.5
เลิกเสพแล้ว	1	0.2

ประเภทการสูบฝิ่นกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่ไม่สูบ (ร้อยละ 89.7) และมีส่วนที่เคยสูบแต่เลิกสูบไปแล้ว (ร้อยละ 8.0) ส่วนผู้ที่สูบฝิ่นและเสพยาบ้ามีอยู่ (ร้อยละ 2.3) ของทั้งสองประเภท และในประเภทสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ที่ไม่เสพ (ร้อยละ 97.5) ส่วนผู้ที่เลิกเสพไปแล้วนั้นมีจำนวนเพียงแค่ 1 คน

ตารางที่ 5 โรคประจำตัวและสถานะสุขภาพ

โรคประจำตัวและสภานะสุขภาพ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
โรคเบาหวาน (จากการถาม)		
เป็น	36	8.3
ไม่เป็น	402	91.7
โรคหัวใจ (จากการถาม)		
เป็น	18	4.2
ไม่เป็น	420	95.8

โรคประจำตัวและสภานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคระบบทางเดินหาย		
เป็น	19	4.3
ไม่เป็น	420	95.7
ปัญหาทางสายตา		
มี	58	13.3
ไม่มี	378	86.7
ปัญหาทางการได้ยิน		
มี	99	22.6
ไมมี	339	77.4
ปัญหาสุขภาพฟัน		
มี	235	54.3
ไม่มี	198	45.7
ปวดหัวเรื้อรัง		
เป็น	129	29.4
ไม่เป็น	310	70.6
เวียนศีรษะเรื้อรัง		
เป็น	138	31.4
ไม่เป็น	301	68.6
โรคกระเพาะ		
เป็น	163	37.3
ไม่เป็น	274	62.7
โรคเก๊าส์		
เป็น	244	55.8
ไม่เป็น	193	44.2
โรคเหน็บชา		
เป็น	111	25.4
ไม่เป็น	326	74.6

โรคประจำตัวและสภานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคผิวหนัง		
เป็น	16	3.7
ไม่เป็น	420	96.3
พิการ		
เป็น	24	5.5
ไม่เป็น	415	94.5

จากตาราง 5 โรคประจำตัวและสถานะสุขภาพ ของกล่มตัววอย่างพบว่าร้อยละ 8.2 เป็นเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 4.1 ผู้ที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจคิดเป็นร้อยละ 4.3 ผู้ที่มีปัญหาทางสายตาและการได้ยินคิดเป็นร้อยละ 13.3 และ 22.6 ตามลำดับ ส่วนสุขภาพฟันและช่องปากมีปัญหา (ร้อยละ 54.3) ปวดหัวเรื้อรัง (ร้อยละ 29.4) และเวียนศีรษะ (ร้อยละ 31.4) ปัญหาด้านโรคกระเพราะอาหาร (ร้อยละ 37.3) ปัญหาที่พบว่าคนส่วนใหญ่เป็นมากกว่ากลุ่มไม่เป็นได้แก่โรคเก๊าส์ (ร้อยละ 55.8) โรคเหน็บชา (ร้อยละ 25.4) ปัญหาโรคผิวหนัง (ร้อยละ 3.7) และสุดท้ายความพิการ (ร้อยละ 5.5)

ตารางที่ 6 สถานะการประกันสุขภาพ

สถานการณ์ประกันสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
กองทุน		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	364	94.5
ประกันสังคม	4	1.0
ข้าราชการ	1	0.3
ประกันเอกชน	1	0.3
อื่นๆ	15	3.9

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาโดยผ่านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 94.5) ส่วนประเภทอื่นๆ พบว่ามีผู้ใช้สิทธิ์ประกันสังคม (ร้อยละ 1.0) สิทธิ์ข้าราชการร้อยละ (0.3) ส่วนในประเภทประกันเอกชน และอื่นๆ ร้อยละ 0.3 และ 3.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 รูปแบบการรักษาและสถานพยาบาลที่ใช้บริการ

	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาล		
ไม่ได้รักษา	12	2.9
ใช้ยาสมุนไพรรักษาด้วยตนเอง	32	7.7
หมอพื้นบ้าน/ยาแผนโบราณ	1	0.2
สถานีอนามัย	138	33.2
โรงพยาบาลชุมชน	78	18.8
โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด/ภูมิภาค	111	26.7
โรงพยาบาลเอกชน	5	1.2
คลินิกเอกชน	33	7.9
คลินิกหรือสถานบริการที่ดำเนินการโดยองค์กรสาธารณกุศล	1	0.2
อื่นๆ	5	1.2

จากตารางที่ 7 จะเห็นว่าสถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุเข้าไปใช้บริการมากที่สุดเมื่อไม่สบายคือ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (ร้อยละ 33.2) รองลงมาคือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด (ร้อยละ 26.7) โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ18.8) และมีบางส่วนที่นิยมไปใช้บริการคลินิกเอกชน รวมถึงใช้ยาสมุนไพรหรือองค์ความรู้พื้นบ้างในการรักษา

ตารางที่ 8 สถานะทางเศรษฐกิจและรายจ่ายทางด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สถานะทางเศรษฐกิจและรายจ่ายทางด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ต่ำสุด (บาท)	สูงสุด(บาท)	ค่าเฉลี่ย (บาท)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายได้ /เดือน	440	0	30,000	1,720.68	3143.32
หนี้สิน /ปี (สะสม)	440	0	600000	9997.05	39676.43
เบี้ยยังชีพ /เดือน	381	600	5600	674.62	309.58
เงินช่วยเหลือจากครอบครัว/ เดือน	209	50	15000	1481.10	2105.89
รายจ่าย /เดือน	380	3	10000	2137.79	5335.01
รายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล /ครั้ง	372	0	8000	125.08	144.20
รายจ่ายค่าเสียโอกาส /ครั้ง	14	150	3000	1096.43	865.24
รายจ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เช่น อาหาร/ครั้ง	380	40	10000	1515.95	2150.23
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ 1 ครั้ง	379	0	9995	162.85	535.196

รายได้โดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 1,720.68 บาท/เดือน หนี้สินเฉลี่ย 9,997.05 บาท/ปี เบี้ยยังชีพ ได้แก่ เบี้ยผู้สูงอายุและผู้พิการ เฉลี่ย 674.62 บาท/เดือน มีรายรับจากการช่วยเหลือของญาติพี่น้อง ลูกหลาน หรือคนในรอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 1,481.10 บาท สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีบางส่วนที่ไม่มีสิทธิใดๆหรือใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้รายจ่ายในส่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 125.08 บาทต่อการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุค่าใช้จ่ายที่สำคัญอีกอย่างคือค่าใช้จ่ายอื่นๆเช่น ค่าอาหาร เสื้อผ้า ของใช้สำหรับคนไข้และคนที่ไปเฝ้าโดยเฉพาะในรายที่ต้องนอนโรงพยาบาล โดยค่าใช้จ่ายในส่วนนี้คิดเป็นเงิน 1,515.95 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ 1 ครั้งโดยเฉลี่ยคิดเป็น 162.85 บาท

ตารางที่ 9 รายรับและหนี้สินแยกตามเผ่า

รายรับและหนี้สิน	จำนวน (คน)	ต่ำสุด (บาท)	สูงสุด(บาท)	ค่าเฉลี่ย (บาท)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เผ่าอาข่า					
รายได้ (ต่อปี)	94	0	10,000	1,150.96	2093.355
หนี้สิน (สะสม)	94	0	200,000	10,054.00	
เบี้ยยังชีพ (ต่อเดือน)	94	0	800	635.82	59.548
เผ่าลาหู่					
รายได้ (ต่อเดือน)	68	500	10,000	1,533.82	1734.342
หนี้สิน (สะสม)	68	0	200,000	13,647.06	30548.110
เบี้ยยังชีพ (ต่อเดือน)	68	500	1600	673.85	168.891
เผ่าม้ง					
รายได้ (ต่อเดือน)	63	500	20000	2,238.10	3470.866
หนี้สิน (สะสม)	63	0	600,000	15,555.56	77766.768
เบี้ยยังชีพ (ต่อเดือน)	63	600	1600	668.25	135.391
เผ่าเย้า					
รายได้ (ต่อเดือน)	75	0	30000	2,492.00	4259.513
หนี้สิน (สะสม)	75	0	300,000	8,533.33	38050.228
เบี้ยยังชีพ (ต่อเดือน)	75	0	1600	743.94	626.131
เผ่ากะเหรี่ยง					
รายได้ (ต่อเดือน)	61	0	15,000	1,717.65	2955.585
หนี้สิน (สะสม)	61	0	80,000	6,176.47	16780.591
เบี้ยยังชีพ (ต่อเดือน)	61	600	800	593.75	150.285
เผ่าลีซู					
รายได้ (ต่อเดือน)	79	0	10,000	1,348.10	1762.127
หนี้สิน (สะสม)	79	0	80,000	6,202.53	16516.798
เบี้ยยังชีพ (ต่อเดือน)	79	600	3,000	698.61	297.166

จากตารางที่ 9 เมื่อแยกวิเคราะห์รายรับ หนี้สิน และเบี้ยยังชีพซึ่งได้จากรัฐ คือเบี้ยผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชนเผ่าที่มีรายได้โดยเฉลี่ยมากที่สุดคือ ชนเผ่าเย้า มีรายได้ 2,492.0 บาทต่อเดือน รองลงมาคือ ม้ง มีรายได้เฉลี่ย 2,238.10 บาทต่อเดือน กะเหรี่ยง 1,717.65 บาทต่อเดือน ลาหู่ 1,533.82 บาทต่อเดือน ลีซู 1,348.10 บาทต่อเดือน และชนเผ่าที่มีรายได้น้อยที่สุดคือ อาข่า โดยมีรายได้เฉลี่ย 1,150.96 บาทต่อเดือน ในส่วนของหนี้สินซึ่งเป็นหนี้สินทั้งหมดที่ผู้สูงอายุมี กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชนเผ่าที่มีหนี้สินโดยเฉลี่ยมากที่สุดคือ ชนเผ่าม้ง มีหนี้สินเฉลี่ย 15,555.56 บาท รองลงมาคือ 13,647.06 บาท อาข่า 10,054.0 บาท เย้า 8,533.33 บาท ลีซู 6,202.53 บาท และชนเผ่าที่มีหนี้สินโดยน้อยที่สุดคือ กะเหรี่ยง 6,176.47 บาท

4.2 ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ทางผู้วิจัยได้ทำการประเมินระดับการรับรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุ ในประเด็นต่างๆ โดยแบ่งออกเป็นด้าน คุณภาพของการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งครอบคลุมถึงความพอเพียงของเจ้าหน้าที่ ความพอเพียงของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ทั้งในสถานบริการทางสุขภาพระดับตำบล อำเภอและจังหวัด การบริการของเจ้าหน้าที่ตรงตามอาการและความต้องการที่ผู้สูงอายุคาดหวัง ความรวดเร็วในการให้บริการ ขั้นตอนต่างๆในการให้บริการ การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงทัศคติในเรื่องการเหยียดลักษณะทางชาติพันธุ์ในการให้บริการ การประเมินในเรื่องอุปสรรคในเรื่องของระยะทางและพาหนะในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการทางสุขภาพ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพเมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพ การประเมินด้านภาษาและวัฒนธรรมและความเป็นชนชาติพันธุ์และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการสถานะทางเศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ของครอบครัวผู้สูงมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างไร ผู้สูงอายุคิดว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเสียโอกาสในการทำงาน ค่าใช้จ่ายจิปะถะที่เกิดขึ้นเมื่อเข้ารับการบริการทางสุขภาพ ส่งผลต่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการทางสุขภาพในระดับใด ซึ่งผลการประเมินแสดงในตารางที่ 10 และ 11

ตารางที่ 10 ระดับและคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในความรับรู้ของผู้สูงอายุ

เนื้อหา	ร้อยละของระดับคะแนนความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1 ท่านคิดว่าสถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ)เพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการ	5.7	52.2	37.2	4.6	0.3	3.58	0.683	มาก
2 ท่านได้รับบริการจากสถานีอนามัย ตรงตามความต้องการ	11.7	50.5	28.0	8.4	1.4	3.63	0.848	มาก
3 ท่านรับรู้ว่าสถานีอนามัย มีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์และยาในการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ	6.8	49.2	36.4	7.1	0.5	3.55	0.748	มาก
4 ท่านพอใจระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานีอนามัย	31.8	34.5	28.8	4.6	0.3	3.93	0.901	มาก
5 ท่านมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการในสถานีอนามัย	31.0	34.2	30.4	3.8	0.5	3.91	0.900	มาก
6 ท่านคิดว่าค่ายานพาหนะเป็นภาระสำคัญในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพที่สถานีอนามัย	9.3	31.1	32.2	16.6	10.9	2.89	1.129	ปานกลาง

7 ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับบริการที่สถานีอนามัย	6.8	27.5	57.6	6.5	1.6	3.57	5.039	มาก
8 ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของสถานีอนามัยมีความยุ่งยาก	3.0	15.7	52.6	23.0	5.7	3.13	0.849	ปานกลาง
9 ท่านคิดว่าภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ณ สถานีอนามัย	2.7	18.2	36.3	24.9	17.9	3.37	1.058	ปานกลาง
10 ท่านสามารถเข้ารับบริการในสถานีอนามัยหรือ ได้ตลอดเวลาตามความจำเป็นด้านสุขภาพ	11.7	46.7	36.1	4.1	1.4	3.63	0.794	มาก
11 ท่านพอใจกับค่าใช้จ่าย(เช่น ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ)ณ สถานีอนามัย	29.8	51.2	16.5	2.2	0.3	4.08	0.755	มาก
12 ท่านและครอบครัวมีความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่าย (ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ สถานีอนามัย	32.3	49.1	15.2	3.3	0.3	4.10	0.788	มาก

13 ท่านได้รับบริการด้วยความเป็นกันเองจากเจ้าหน้าสาธารณสุข(หมอ)ณ สถานีอนามัย	23.1	57.1	18.2	1.6	0.0	4.02	0.692	มาก
14 ท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ)ของสถานีอนามัย	24.2	56.5	17.1	1.9	0.3	4.02	0.717	มาก
15 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอ) เมื่อท่านเข้ารับบริการของสถานีอนามัย	13.4	58.3	26.2	2.2	0.0	3.83	0.674	มาก
16 ท่านพึงพอใจกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ) ของสถานีอนามัย	13.9	57.8	26.7	1.6	0.0	3.84	0.668	มาก
17 ท่านเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการของสถานีอนามัย	9.2	57.6	28.3	4.9	0.0	3.71	0.699	มาก

ตารางที่ 11 ระดับและคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพในโรงพยาบาลในความรับรู้ของผู้สูงอายุ

เนื้อหา	ร้อยละของระดับคะแนนความคิดเห็น					ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1.ท่านคิดว่าโรงพยาบาลมีหมอเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการ	7.4	45.8	36.3	10.0	0.5	3.50	0.794	มาก
2. ท่านได้รับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ตรงตามความต้องการ	15.1	65.0	18.4	1.5	0.0	3.94	0.627	มาก
3.ท่านรับรู้ว่าโรงพยาบาลของรัฐ มีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์และยาในการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ	18.9	63.5	17.1	.5	0.0	4.01	0.617	มาก
4. ท่านพอใจระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลของรัฐ	6.4	18.8	52.7	20.4	1.8	3.08	0.845	ปานกลาง
5. ท่านมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ	8.7	18.8	53.2	17.6	1.5	3.23	1.736	ปานกลาง
6. ท่านคิดว่าค่ายานพาหนะเป็นภาระสำคัญในการเดินทางเข้ารับริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลของรัฐ	12.2	23.7	46.1	13.7	4.3	3.26	0.986	ปานกลาง
7. ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ	2.8	3.6	29.5	46.3	17.8	2.27	0.892	น้อย

8. ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลชุมชนมีความยุ่งยาก	15.5	37.7	40.7	5.3	0.8	3.62	0.837	มาก
9. ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลจังหวัดมีความยุ่งยาก	19.5	38.5	36.2	5.1	0.8	3.71	0.864	มาก
10. ท่านคิดว่าภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาล	21.4	29.3	32.4	14.5	2.3	3.53	1.053	มาก
11. ท่านสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ได้ตลอดเวลาตามความจำเป็นด้านสุขภาพ	5.6	36.6	43.5	13.5	0.8	3.33	0.806	ปานกลาง
12. ท่านพอใจกับค่าใช้จ่าย(เช่น ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ)ณ โรงพยาบาลของรัฐ	10.4	49.6	36.4	3.3	0.3	3.67	0.717	มาก
13. ท่านและครอบครัวมีความสามารถในการจ่าย (ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลของรัฐ	13.0	48.1	34.4	3.8	0.8	3.69	0.773	มาก
14. ท่านได้รับบริการด้วยความเป็นกันเองจากเจ้าหน้าสาธารณสุข(หมอ)	8.9	57.0	31.6	2.3	0.0	3.91	3.604	มาก

15. ท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ)ของโรงพยาบาลของรัฐ	7.9	61.1	28.5	2.5	0.0	3.74	0.633	มาก
16. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (หมอ) เมื่อท่านเข้ารับบริการของโรงพยาบาลของรัฐอย่างเพียงพอ	9.2	56.5	30.8	3.6	0.0	3.71	0.679	มาก
17. ท่านพึงพอใจกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ) ของโรงพยาบาลของรัฐ	9.9	54.7	32.1	3.1	0.3	3.71	0.694	มาก
18. ท่านเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลของรัฐ	22.1	66.4	11.2	.3	0.0	4.10	0.577	มาก
19. ท่านคิดว่าหากรัฐบาลใช้นโยบายร่วมจ่ายค่ารักษา พยาบาลจะมีผลกระทบต่อการไปใช้บริการสุขภาพของท่าน	43.0	39.7	13.5	2.5	1.3	4.21	0.861	มากที่สุด
20.ท่านคิดว่ารัฐควรมีนโยบายพิเศษจากที่เป็นอยู่ปัจจุบันเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	67.7	22.6	7.4	1.5	.8	4.55	0.761	มากที่สุด

ตารางที่ 12 ระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

ปัจจัย		การเข้าถึงบริการสุขภาพ			รวม	χ^2	p-value
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
		จำนวน=46 (ร้อยละ)	จำนวน=256 (ร้อยละ)	จำนวน=66 (ร้อยละ)	จำนวน=368 (ร้อยละ)		
ช่วงอายุ (ปี)	60-65	22 (47.8)	95 (37.1)	20 (30.3)	137 (37.2)	11.54	0.050*
	66-70	11 (23.9)	61 (23.8)	15 (22.7)	87 (23.6)		
	71-75	7 (15.2)	50 (19.5)	8 (12.1)	65 (17.7)		
	>75	6 (13.0)	50 (19.5)	23 (34.8)	79 (21.5)		
เพศ	ชาย	26 (56.5)	128(50.0)	27 (40.9)	181 (49.2)	2.87	0.238
	หญิง	20 (43.5)	128(50.0)	39 (59.1)	187 (50.8)		
ชาติพันธุ์	อาข่า	8 (17.4)	44 (17.2)	20 (30.3)	72 (19.6)	67.48	<0.001*
	ลาหู่	5 (10.9)	39 (15.2)	19 (28.8)	63 (17.1)		
	ม้ง	3 (6.5)	40 (15.6)	6 (9.1)	49 (13.3)		
	เย้า	11 (23.9)	45 (17.6)	13 (19.7)	69 (18.8)		
	กะเหรี่ยง	19 (41.3)	27 (10.5)	1 (1.5)	47 (12.8)		
	ลีซู	0 (0.0)	61 (23.8)	7 (10.6)	68 (18.5)		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในความรับรู้ของตัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่แล้วอยู่ในระดับปานกลาง โดยช่วงอายุ 60-65 จะรู้สึกว่าตัวเองเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 47.8 และกลุ่มช่วงอายุ มากกว่า 75 ปี รับรู้ว่าตนเองเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 34.8 ซึ่งมีสัดส่วนที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า p-value = 0.05 เพศชายกับเพศหญิงมีระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพในระรับที่เท่าๆกัน โดยอยู่ในระดับปานกลาง ชาติพันธุ์มีสัดส่วนการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชาติพันธุ์ที่ต่างกันมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต่างกัน

ตารางที่ 13 ระดับการรับรู้ความเพียงพอของสถานบริการและบุคราการทางการแพทย์

ปัจจัย		ความเพียงพอของบุคราการทางการแพทย์			รวม	χ^2	p-value
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
		จำนวน=41 (ร้อยละ)	จำนวน=283 (ร้อยละ)	จำนวน=44 (ร้อยละ)	จำนวน=368 (ร้อยละ)		
ช่วงอายุ (ปี)	60-65	17 (41.5)	97 (34.3)	23 (52.3)	137 (37.5)	7.73	0.258
	66-70	10 (24.4)	66 (23.3)	11 (25.0)	87 (23.6)		
	71-75	6 (14.6)	54 (19.1)	5 (11.4)	65 (17.7)		
	>75	8 (19.5)	66 (23.3)	5 (11.4)	79 (21.5)		
เพศ	ชาย	17 (41.5)	146 (51.6)	18(40.9)	181(49.2)	2.83	0.242
	หญิง	24 (58.5)	137 (48.4)	26 (59.1)	187 (50.8)		
ชาติพันธุ์	อาข่า	7 (17.1)	51 (18.0)	14 (31.8)	72 (19.6)	33.22	<0.001*
	ลาหู่	2 (4.9)	50 (17.7)	11 (25.0)	63 (17.1)		
	ม้ง	1 (2.4)	45 (15.9)	3 (6.8)	49 (13.3)		
	เย้า	7 (17.1)	51(18.0)	11 (25.0)	69 (188.8)		
	กะเหรี่ยง	8 (19.5)	37 (13.1)	2 (4.5)	47 (12.8)		
	ลีซู	16 (39.0)	49 (17.3)	3 (6.8)	68 (18.5)		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

ในด้านความพอเพียงของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ทางการการแพทย์พบว่าสัดส่วนของอายุในแต่ละช่วงไม่มีความต่างกันต่อความเห็นทางด้านความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่หรือบุคราการทางการแพทย์ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วความเห็นอยู่ในระดับปานกลาง สัดส่วนของเพศต่อความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พบว่ามีสัดส่วนที่ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเพศชายและหญิงส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นในเรื่องความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง โดยสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ51.6 : 48.4 ในส่วนของชาติพันธุ์หรือเชื้อชาติต่อระดับความเห็นในเรื่องความเพียงพอของสถานบริการทางสุขภาพและเจ้าหน้าที่ พบว่า มีสัดส่วนของแต่ละเชื้อชาติที่มีระดับความเห็นต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า p-value น้อยกว่า 0.001

ตารางที่ 14 ระดับความพึงพอใจค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ปัจจัย		ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ			รวม	χ^2	p-value
		ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
		จำนวน=62 (ร้อยละ)	จำนวน=206 (ร้อยละ)	จำนวน=101 (ร้อยละ)	จำนวน=369 (ร้อยละ)		
ช่วงอายุ (ปี)	60-65	16 (25.8)	75 (36.4)	46 (45.5)	137 (37.1)	11.57	0.072
	66-70	16 (25.8)	45 (21.8)	26 (25.7)	87 (23.6)		
	71-75	10 (16.1)	41 (19.9)	14 (13.9)	65 (17.6)		
	>75	20 (32.3)	45 (21.8)	15 (14.9)	80 (21.7)		
เพศ	ชาย	29 (46.8)	109 (52.9)	43 (42.6)	181 (49.1)	3.05	0.217
	หญิง	33 (53.2)	97 (47.1)	58 (57.4)	188 (50.9)		
ชาติพันธุ์	อาข่า	20(32.3)	35 (17.0)	18 (17.8)	73 (19.8)	54.61	<0.001*
	ลาหู่	18(29.0)	30 (14.6)	15 (14.9)	63 (17.1)		
	ม้ง	2 (3.2)	29 (14.1)	18 (17.8)	49 (13.3)		
	เย้า	1 (1.6)	34 (16.5)	34 (33.7)	69 (18.7)		
	กะเหรี่ยง	12(19.4)	29 (14.1)	6 (5.9)	47 (12.7)		
	ลีซู	9 (14.5)	49 (23.8)	10 (9.9)	68 (18.4)		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

ความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่ม อายุ 60-65 ปี มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง กลุ่มอายุ 66-70 มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 71-75 ปี มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และ ที่อายุมากกว่า 75 อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่เมื่อพิจารณา สัดส่วนของผู้สูงอายุในทุกช่วงอายุไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของเพศ ต่อความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่าเพศชายมีระดับความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายทางด้านการเข้าบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับเพศหญิง ซึ่งมีสัดส่วนของเพศที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ α =0.05 แต่พบว่าชาติพันธุ์ที่ต่างกันมีสัดส่วนความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า p-value< 0.001

ตารางที่ 15 ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่

		การพึงพอใจในการบริการ			Total	χ^2	p-value
		ระดับต่ำ จำนวน=60 (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน=264 (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน=43 (ร้อยละ)	จำนวน=367		
ช่วงอายุ (ปี)	60-65	20 (33.3)	94 (35.6)	23 (53.5)	137 (37.3)	10.13	0.119
	66-70	19 (31.7)	57 (21.6)	10 (23.3)	86 (23.4)		
	71-75	9 (15.0)	50 (18.9)	6 (14.0)	65 (17.7)		
	>75	12 (20.0)	63 (23.9)	4 (9.3)	79 (21.5)		
เพศ	ชาย	25 (41.7)	139 (52.7)	17 (39.5)	181 (49.3)	4.22	0.121
	หญิง	35 (58.3)	125 (47.3)	26 (60.5)	186(50.7)		
ชาติพันธุ์	อาข่า	13 (21.7)	48 (18.2)	10 (23.3)	71 (19.3)	41.10	<0.001*
	ลาหู่	11 (18.3)	47 (17.8)	5 (11.6)	63 (17.2)		
	ม้ง	1 (1.7)	41 (15.5)	7 (16.3)	49 (13.4)		
	เย้า	4 (6.7)	48 (18.2)	17 (39.5)	69 (18.8)		
	กะเหรี่ยง	16 (26.7)	30 (11.4)	1 (2.3)	47 (12.8)		
	ลีซู	15 (25.0)	50 (18.9)	3 (7.0)	68 (18.5)		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

ความพึงพอใจในด้านการให้บริการของเจ้าหน้าเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่ม อายุ 60-65 ปี มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับช่วงอายุอื่นๆ และเมื่อพิจารณา สัดส่วนของผู้สูงอายุในทุกช่วงอายุไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของเพศ ต่อความพึงพอใจในด้านการให้บริการของเจ้าหน้าเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่าเพศชายมีระดับความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายทางด้านการเข้าบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับเพศหญิง ซึ่งมีสัดส่วนของเพศที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ α =0.05 แต่พบว่าชาติพันธุ์ที่ต่างกันมีสัดส่วนความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า p-value < 0.001

ตารางที่ 16 ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัย		ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ			Total	χ^2	p-value
		ระดับต่ำ จำนวน=19 (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน=306 (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน=18 (ร้อยละ)	จำนวน=367		
ช่วงอายุ (ปี)	60-65	8 (42.1)	111 (36.3)	18 (42.9)	137 (37.3)	1.78	0.938
	66-70	3 (15.8)	74 (24.2)	10 (23.8)	87 (23.7)		
	71-75	3 (15.8)	56 (18.3)	6 (14.3)	65 (17.7)		
	>75	5 (26.3)	65 (21.2)	8 (19.0)	78 (21.3)		
เพศ	ชาย	9 (47.4)	154 (50.3)	18 (42.9)	181 (49.3)	0.85	0.652
	หญิง	10 (52.6)	152 (49.7)	24 (57.1)	186(50.7)		
ชาติพันธุ์	อาข่า	1 (5.3)	55 (18.0)	15 (35.7)	71 (19.3)	60.17	<0.001*
	ลาหู่	2 (10.5)	59 (19.3)	2 (4.8)	63 (17.2)		
	ม้ง	1 (5.3)	38 (12.4)	10 (23.8)	49 (13.4)		
	เย้า	1 (5.3)	54 (17.6)	14 (33.3)	69 (18.8)		
	กะเหรี่ยง	10 (52.6)	37 (12.1)	0 (0.0)	47 (12.8)		
	ลีซู	4 (21.1)	63 (20.)	1 (2.4)	68 (18.5)		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

ความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ในเรื่องของระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการสุขภาพ ยานพาหนะที่ใช้เดินทาง เส้นทางในการเดินทาง การมีคนช่วยเหลือในการพาไปส่งเมื่อมีความจำเป็นต้องไปรับบริการทางสุขภาพ พบว่าแต่ละช่วงอายุ มีระดับความพึงพอใจในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง โดยช่วงอายุ 60-65 ปี มีสัดส่วนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มช่วงอายุอื่น สัดส่วนของเพศไม่มีสัดส่วนที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านชาติพันธุ์ต่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ พบว่า ชาติพันธ์กะเหรี่ยงมีระดับความเห็นอยู่ในระดับต่ำสุด มากที่สุดเมื่อเทียบกับชาติพันธุ์อื่น ส่วนในความเห็นระดับปานกลาง กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่มีสัดส่วนมากที่สุด และความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงพบว่ากลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีสัดส่วนมากที่สุด ซึ่งสัดส่วนของความแตกต่างทางด้านชาติพันธุ์ ต่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า p-value < 0.001

ตารางที่ 17 ปัจจัยทางด้านการมีสัญชาติไทยต่อระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านต่างๆ

สัญชาติไทย	ระดับการรับรู้ ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนทั้งหมด	χ^2	p-value
	การเข้าถึงบริการสุขภาพ					
	N=46	**N=256**	**N=65**	**จำนวน=367**		
มี	46 (100.0)	239 (93.4)	58 (89.2)	343 (93.5)	5.12	0.073
ไม่มี	0 (0.0)	17 (6.6)	7 (10.8)	14 (6.5)		
	ความเพียงพอของสถานที่และบุคลากร					
	N =41	**N=283**	**N=43**	**จำนวน=367**		
มี	41 (100.0)	264 (93.3)	38 (88.4)	343 (93.5)	4.7	0.091
ไม่มี	0 (0.0)	19 (6.7)	5 (11.6)	24 (6.5)		
	ความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่าย					
	N =62	**N=206**	**N=100**	**จำนวน=368**		
มี	51 (82.3)	197 (95.6)	95 (95.0)	343 (93.2)	14.1	0.013*
ไม่มี	11 (17.7)	9 (4.4)	5 (5.0)	25 (6.8)		
	ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ					
	N =19	N=306	N=41	**จำนวน=366**		
มี	19 (100)	287 (93.8)	37 (90.2)	343 (93.7)	2.11	0.343
ไม่มี	0 (0.0)	19 (6.2)	4 (9.8)	23 (6.3)		
	การพึงพอใจในการบริการ					
	N =60	N=264	N=42	**จำนวน=366**		
มี	54 (90.0)	250 (94.7)	38 (90.5)	342 (93.4)	2.44	0.291
ไม่มี	6 (10.0)	14 (5.3)	4 (9.5)	24 (6.6)		

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

การหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยกับกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยต่อระดับการรับรู้ของตัวผู้สูงอายุในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพอเพียงของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับริการสุขภาพ ความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ และความพึงพอใจในการให้บริการที่ได้รับพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาที่มีสัญชาติไทยกับกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยมีส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและสัดส่วนของทั้งสองกลุ่มต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การรับรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่มีสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและสัดส่วนของทั้งสองกลุ่มต่อการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมีสัญชาติไทยมีความพึงพอใจ

ในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางแต่ในกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเมื่อพิจารณาสัดส่วนของทั้งสองกลุ่มต่อความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่ามีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ α =0.05 โดยได้ค่า p-value = 0.010

ในด้านความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในแง่ของการเดินทาง ระยะทาง ภูมิประเทศ ผู้ช่วยเหลือในการพาไปรับบริการ ฯลฯ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาที่มีสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติไทยส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ในเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง และสัดส่วนของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในการบริการ การรักษา การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นผลการรักษา ฯลฯ ว่าพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาที่มีสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติไทยส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในการให้บริการของเจ้าที่อยู่ในระดับปานกลาง กลาง และสัดส่วนของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่มจากผู้ให้บริการ

การสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มจากผู้ให้บริการทั้งหมด 25 คน โดยเป็นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดเชียงรายจำนวน 20 แห่ง และโรงพยาบาล 5 แห่ง ที่รับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ทำการสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2559 -27 ตุลาคม 2559 โดยประเด็นปัญหาหลักที่พบคือ ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างยิ่งในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของหน่วยงานของรัฐ โดยเฉพาะชนชาติพันธุ์ลาหู่เป็นกลุ่มที่สื่อสารภาษาไทยได้น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุภาษาในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้มารับบริการทางสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากไปรับบริการ เพราะความไม่สะดวกในการสื่อสาร และต้องมีลูกหลานหรือคนใกล้ชิดพาไปเพื่อช่วยในการดำเนินเรื่องเอกสารต่างๆและเป็นล่ามในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ บางครั้งเจ็บป่วยถ้าไม่หนักมากผู้สูงอายุไม่อยากรบกวนลูกหลานจึงไม่ไปโรงพยาบาลหรือรับการรักษา ทำให้อาการหนักกว่าจะได้รับการรักษา ระยะทางในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพของรัฐไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง หมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ที่มีผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่กว่า 30 หมู่บ้าน มีระยะห่างจากสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ใกล้ที่สุด โดยเฉลี่ย ประมาณ 2.5 กิโลเมตร โดย

มีหลายหมู่บ้านยังต้องเดินทางโดยใช้รถขับเคลื่อนสี่ล้อเท่านั้นถึงจะเข้าออกหมู่บ้านเพื่อเข้ารับการบริการได้ รวมถึงทำให้เจ้าหน้าที่มีความยากลำบากที่จะไปให้บริการแก่ประชาชน โดยเฉาพะในฤดูฝน

หลักประกันสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มสิทธิ์ข้าราชการ กลุ่มสิทธิ์ประกันสังคม กลุ่มคืนสิทธิ์ และกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆเลย โดยกลุ่มคืนสิทธ์คือกลุ่มที่ถือบัตรประจำตัวบุคคลบนพื้นที่สูง ซึ่งยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐคือผู้สูงอายุที่ไม่มีเลข 13 หลัก หรือหลักฐานแสดงถึงการอาศัยอยู่ในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งไม่มีรายชื่อทะเบียนราษฎ์ของรัฐเนื่องจากมีอายุมากและไม่สนใจเมื่อเจ้าหน้าที่ของรัฐทำการสำรวจเพื่อขึ้นทะเบียนและนำชื่อเข้าสู่ระบบ ทำให้ผู้สูงอายุเสียสิทธิ์ในการเข้ารับบริการในด้านสุขภาพจากภาครัฐ และอีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่งอพยพเข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้านเพื่อมาอาศัยกับลูกหลานที่มีภูมิละเนาตามแนวชายแดนของประเทศไทย ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีสิทธิ์ประกันสุขภาพจากภาครัฐต้องจ่ายค่ารับบริการสุขภาพเอง ในเรื่องการรักษาในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสถานบริการทางสุขภาพที่กลุ่มผู้สูงอายุใช้มากที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน และคลินิกเอกชน และผู้สูงอายุยังนิยมใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการรักษาอาการเจ็บป่วย และบางส่วนที่ซื้อยาจากร้านขายยา ร้านขายขอชำภายในหมู่บ้าน รวมถึงใช้แก้ปวด แก้ไข้ ประเภทยาสามัญประจำบ้านที่ได้จากการไปใช้บริการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยครั้งก่อน โดยที่ผู้สูงอายุมิได้พิจารณาวันหมดอายุของยาที่ใช้ บางครั้งผู้สูงอายุทานยาที่หมดอายุแล้ว เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านหนังสือได้ จึงไม่ทราบว่ายาที่รับประทานเข้าไปหมดอายุหรือไม่ รู้แต่เพียงว่ายาชนิดที่รับประทานเป็นยาแก้ปวด แก้ไข้ ผู้สูงอายุจำเพียงสี ขนาด รูปร่างของยาจากความเคยชินที่เคยใช้ ยาหมดอายุบางตัวทำให้กระเพาะอาหารระคายเคือง จนอาจกลายเป็นโรคกระเพาะหรือแทนที่จะระงับโรค กลับทำให้โรคลุกลาม ตัวยาบางชนิดเมื่อเสื่อมอาจก่อโทษภัยแก่ร่างกายถึงกับทำให้ไตอักเสบและไตวายได้ ยาสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละชนเผ่าเป็นทางเลือกที่กลุ่มผู้สูงอายุนิยมใช้เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ซึ่งอาการเจ็บป่วยที่นิยมใช้ยาสมุนไพรคืออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดท้อง เป็นไข้อ่อนแรง แต่ละชนเป่ามีลักษณะการใช้สมุนไพรที่ต่างกัน ทั้งชนิดของสมุนไพร ส่วนผสมที่ใช้ วิธีใช้ โดยความรู้ในเรื่องการใช้สมุนไพรถูกถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ สมุนไพรหลายชนิดถูกใช้ร่วมกับการบริกรรมคาถาอาคมเพื่อการรักษา กลุ่มผู้สูงอายุชนเผ่ากะเหรียงเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการใช้สมุนไพรมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มๆอื่นๆ การใช้สมุนไพรมีทั้งการต้มดื่ม การอบสมุนไพร การนวดด้วยสมุนไพร การใช้สมุนไพรทาบริเวณที่มีอาการเจ็บปวด วิธีการใช้ขึ้นอยู่กับอาการที่ป่วย ชนิดของการเจ็บป่วย ความรุนแรงในการป่วย โดยส่วนใหญ่ในการใช้สมุนไพรมักจะมีผู้อาวุโสที่มีความรู้ด้านสมุนไพรของหมู่บ้านเป็นผู้จัดหาสมุนไพรให้ แต่ชนเผ่ากะเหรี่ยงมีจำนวนคนที่มีความรู้ด้านสมุนไพรค่อนข้างเยอะ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมีการอนุรักษ์องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านและถ่ายทอดสู่ชนรุ่นหลัง แต่ที่น่าใจหายคือจำนวนคนที่สนใจอยากศึกษาเรื่องสมุนไพรและ

องค์ความรู้ของชนเผ่าของตนเองมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ อาจสืบเนื่องจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่เข้ามาแทนที่ มีความสะดวก ให้ผลการรักษาที่รวดเร็ว และมีความแน่นอนมากกว่า

ความพอเพียงของเจ้าหน้าที่

ความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เป็นหนึ่งในปัญหาหลักในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยจากการสอบถามในส่วนของผู้ให้บริการกลุ่มพบว่ามีเจ้าหน้าที่ประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลโดยเฉลี่ยแห่งละ 3 คน และบางแห่งมีเพียงคนเดียว เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่มโพธ์ทอง อำเภอเวียงแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพนาสวรรค์ มีนักวิชาการสาธารณสุขเพียงคนเดียวเป็นผู้ปฏิบัติ งานในพื้นที่ แต่ภาระหน้าที่เป็นทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นนักวิชาการที่ต้องดูแลด้านบัญชีการเงินและตัวชี้วัด เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจรักษาคนไข้ เป็นเจ้าหน้าที่ป้องกันและควบคุมโรค และอื่นๆตามนโยบายที่รัฐเพิ่มเติมเข้ามาอย่างไม่เคยขาด เพราะฉะนั้น ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าจะปฏิบัติงานอย่างสุดความสามารถแต่ด้วยความรับผิดชอบที่มีมากเกินไป ทำให้คุณภาพของงานอาจไม่ได้ตามที่ควรจะเป็น

ทัศนคติและความอ่อนไหวทางด้านวัฒนธรรม

ในการทำงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขา เจ้าหน้าที่ต้องสร้างความเข้าใจในลักษณะทางความเชื่อ ประเพณี และสร้างความคุ้นเคย ความสนิทสนมกับชาวบ้านเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุโดยเฉพาะชนเผ่าอาข่า ม้ง และเมี่ยน ยังมีประเพณี ความเชื่อ และขนบธรรมเนียมดั้งเดิมอยู่มาก เช่น การนับถือผีบรรพบุรุษ ผีบ้านผีเรือน ผีป่าเขา สิ่งเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและการดูและสุขภาพของผู้สูงอายุ บางคนไม่ยอมรับการรักษาตามแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ถึงแม้จะมีสัดส่วนที่น้อยลงมาก แต่ก็ยังคงพบอยู่ เมื่อไม่สบายมักจะไปพบหมอผีหรือผู้ประกอบพิธีตามความเชื่อเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยเหล่านั้นบางโรคอาจหายได้ด้วยสมุนไพรและภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเอง แต่บางโรคก็จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยศาสตร์ทางการแพทย์สมัยใหม่โดยเร็วที่สุดเพื่อลดความรุนแรงของโรคที่จะมีต่อผู้ป่วย การโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบการรักษาจึงเป็นความท้าทายของเจ้าหน้าที่ที่จะสร้างทัศนคติ แก่ชาวบ้าน รวมถึงความเชื่อและความเข้าใจในการเข้ารับบริการจากเจ้าหน้าที่ มีหลายครั้งที่เจ้าหน้าที่จำต้องฉีดยาให้ ถึงแม้อาการอาจจะไม่รุนแรงหรือจำเป็นขนาดนั้นเนื่องจากความเชื่อของผู้สูงอายุที่เข้าใจว่าการฉีดยาคือการรักษาที่ดีและได้ผลที่สุด โดยไม่ได้เข้าใจถึงผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุเอง ซึ่งถ้ามารับบริการแล้วไม่ได้รับการฉีดยา จะสร้างความไม่พอใจและจะไม่อยากเข้ามารับบริการอีก

การจัดสรรงบประมาณและระบบการบริหารงานของสถานบริการ

การบริหารงบประมาณในโรงพยาบาลชุมชุนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลใช้ระบบการจัดสรร งบประมาณในรูปแบบ Contracting Unite for Primary Care หรือ CUP ซึ่งมีทั้งข้อดีและข้อเสียในตัวมันเองทุก CUP มักมีจุดมุ่งหมายร่วมในการสร้างระบบการดูแลรักษาโรคที่มีมาตรฐานตามหลักวิชาการสำหรับทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและสถานีอนามัย ระบบบริการปฐมภูมิที่ดี เป็นเอกภาพ จะสามารถลดการมารับบริการในความเจ็บป่วยพื้นฐานที่โรงพยาบาลลงได้ และจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพในระดับอำเภอลงได้ การพัฒนาระบบบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ทุก CUP ได้พัฒนาระบบงานไปมากน้อยแตกต่างกันไป ได้แก่

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยของสถานบริการภาครัฐ

ในการส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเพื่อรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นหรือรักษาต่อเนื่อง บาง CUP จัดให้มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บาง CUP จัดระบบรถส่งต่อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักมายังโรงพยาบาลชุมชน บาง CUP จัดระบบการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลชุมชนหรือจังหวัดไปรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บาง CUP เมื่อมีผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน จะมีการแจ้งข้อมูลไปให้เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัวและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้มาเยี่ยมผู้ป่วย และให้ข้อมูลเชิงบริบทของผู้ป่วยและชุมชนเพิ่มเติมใน chart ผู้ป่วย เพื่อประกอบการรักษาพยาบาลที่ลงตัวกับบริบทของผู้ป่วยที่สุด

ระบบการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

ระบบการปรึกษาเป็นอีกส่วนหนึ่งของระบบเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สำคัญในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด เพราะบ่อยครั้งที่ความเจ็บป่วยไม่ได้รุนแรงถึงขั้นที่ต้องรับการรักษาจากแพทย์ เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ แต่ถ้าเป็นโรคหรืออาการที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ต้องใช้ความรู้เฉพาะทาง จะได้รับการดูแลจากแพทย์

ระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ทุก CUP มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่มีวิธีทีแตกต่างกันไป ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ บางแห่งใช้ทีมจากโรงพยาบาลดูแลรักษาทั้งอำเภอ แต่บางแห่งใช้ทีมร่วมระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมการเยี่ยมบ้านด้วยเสมอ บ้างมีเพียงใบส่งต่อส่งให้เจ้าหน้าที่อนามัยไปดูแลผู้ป่วยเอง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นระบบที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการสุขภาพและมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลลง โดยเฉพาะคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมีการพัฒนาระบบนี้ขึ้นในหน่วย

บริการปฐมภูมิ ซึ่งช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้ทั่วถึงขึ้น ไม่ต้องไปแออัดในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งบางแห่งส่งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปให้การดูแลรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางแห่งจัดการอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ดูแลรักษาเองและจัดระบบส่งต่อไปรับการตรวจเช็คให้ละเอียดที่โรงพยาบาลชุมชนปีละหนึ่งครั้ง

ระบบการตรวจรักษาผู้ป่วย

การสนับสนุนทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่สำคัญและได้รับการใส่ใจจากผู้บริหาร โดยส่วนใหญ่ใช้ระบบการอบรมแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือจัดการเพิ่มพูนทักษะด้วยการหมุนเวียนมาฝึกทักษะต่างๆ ที่โรงพยาบาล การสนับสนุนทีมวิชาชีพจากโรงพยาบาลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนก็เป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่ได้ผล โดยนอกจากทีมวิชาชีพจะมีภารกิจในการให้บริการแล้ว ยังมีการถ่ายทอดประสบการณ์และเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยในบริบทที่สอดคล้องกับชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วย นอกจากนี้การให้บริการอย่างมีมาตรฐานยังสามารถสร้างความศรัทธาจากผู้สูงอายุและคนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

บทที่ 5
อภิปรายและวิจารณ์ผลการวิจัย

การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาทั้ง 6 ชาติพันธุ์มีระดับการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกันโดยชาติพันธุ์อาข่ารับรู้ว่าตนเองอยู่ในระดับเข้าถึงอยู่ในระดับสูง และกะเหรี่ยงรับรู้ว่าตนเองเข้าถึงในระดับต่ำ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับความคิดเห็นของเจ้าหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งสามารถสรุปได้ว่าความแตกต่างทางด้านความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรมของแต่ละชาติพันธุ์ส่งผลต่อการเข้ารับบริการจากหน่วยงานหรือสถานบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ กลุ่มผู้สูงอายุในชนชาติพันธุ์กะเหรี่ยงจะค่อนข้างมีความชำนาญในเรื่องการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งหาได้จากป่าของชุมชนที่ชาวบ้านได้ช่วยกันรักษาไว้และใช้ประโยชน์จากแหล่งป่าชุมชน ดังนั้นเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยทางเลือกแลกที่ผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยงมักจะเลือกคือการหายาสมุนไพรรอบตัวที่สามารถหาได้ไม่ยากนักในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยสัมพันธ์กับผลการศึกษาของ สุวิมล เสถียร และ ชู ศักดิ (2557) ในเรื่อง *วัฒนธรรม สุขภาพ พลัง ผู้สูง วัย: พื้นที่ เชื่อม ต่อ กับ ระบบ สุขภาพ ภาค ประชาชน* ที่พบว่า การใช้องค์ความรู้พื้นบ้านในการรักษาสุขภาพขงผู้สูงอายุได้ผลดีทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีโดยไม่ต้องพึ่งการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งต่างจากชาติพันธุ์อาข่าที่มีเพียงหมอผีหรือผู้นำประจำหมู่บ้านที่มีความรู้เรื่องยาสมุนไพร ผู้สูงอายุทั่วไปมักไม่ค่อยมีความชำนาญ ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยการเข้ารับบริการทางสุขภาพจากสถานบริการสมัยใหม่จึงเป็นทางเลือกแรกๆ ทำให้ระดับการรับรู้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ให้บริการโดยการแพทย์สมัยใหม่อยู่ในระดับสูง

ความเพียงพอของสถานบริการเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

การรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 6 ชาติพันธุ์ มีระดับการรับรู้ว่าสถานบริการเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีระดับความเพียงพออยู่ในระดับปานกลาง บางพื้นที่ยังไม่เพียงพอทั้งในเรื่องของสถานบริการทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ธุระกันดารและห่างไกล โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุนีย์ โยคะกุล (2552) ที่พบว่า สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจากผลจากสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบางแห่งมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ประจำอยู่เพียงคนเพียงคนเดียว โดยต้องรับผิดชอบทั้งงานด้านบริหาร บริการ การรักษา การควบคุมและป้องกันโรค ฯลฯ และเจ้าหน้าที่จำนวนมากมาประจำการตามสัญญาทุนหมดหมดสัญญาก็ทำเรื่องขอย้ายพื้นที่ เนื่องจากมีความห่างไกลจากความเจริญ จากครอบครัว ดังนั้นทางแก้ปัญหาในเรื่องความเพียงพอของเจ้าหน้าที่และการย้ายงานของเจ้าหน้าที่ หน่วยงานของรัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาลูกหลานของชนชาติพันธุ์ในแต่ละพื้นที่ โดยสนับสนุนที่สนใจและมีศักยภาพขั้นพื้นฐานเพียงพอที่จะศึกษาในระดับวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีโอกาสได้ศึกษาและนำความรู้ความสามารถกลับไปพัฒนาบ้านเกิดของตนเอง คนเหลานี้จะเข้าใจในความเป็นตัวตนของชาติพันธุ์ตนเอง เข้าใจใน

วัฒนธรรม ภาษา และความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และจะช่วยลดปัญหาการหมุนเวียนเจ้าหน้าจากพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ

ในการเข้ารับบริการสุขภาพค่าใช้จ่ายถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกิดจากค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์โดยตรง (Direct Medical Cost)เช่นค่าบริการทางการแพทย์ ค่ายา ค่าผลตรวจพยาธิสภาพเพื่อวินิจฉัยโรค ฯลฯ ค่าใช้จ่ายโดยตรงที่ไม่เกี่ยวกับยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางอ้อม (Direct Non-Medical Cost) เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทางเพื่อเข้ารับบริการ ฯลฯ และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect Cost) ซึ่งเป็นค่าเสียโอกาสเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น ค่าเสียโอกาสจากรายได้ในการทำงาน ค่าเสียเวลาของคนไปส่งเป็นต้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มชาติพันธ์ ทั้งหมดมีระดับความพึงพอใจที่ต่างกันอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจดังกล่าว ชนชาติพันธ์ลีซู และเย้า ที่มีรายได้ต่อหัวประมาณ 2,870 และ 2,750 ต่อคนต่อเดือน ซึ่งมากกว่าชนชาติพันธุ์อื่นๆที่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 1,720 บาทต่อคนต่อเดือน มีระดับความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุภาพมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกุล กานดา (2552) ที่ระบุว่า ปัจจัยทางด้านค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ส่งผลต่อความพึงพอใจและการเลือกใช้บริการในสถานบริการทางการแพทย์ และเมื่อพิจารณากลุ่มที่มีสัญชาติไทยกับกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยมีระดับความพึงพอใจในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ระบุว่ากลุ่มที่มีสัญชาติไทยจะได้รับสิทธิกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะไม่ต้องจ่ายค่าบริการการการแพทย์ แต่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีสัญชาติไทยแต่มีเลขประจำตัวบุคคลที่อาศัยในประเทศไทยในลักษณะชั่วคราว ก็จะได้รับสิทธิ ในการรักษาฟรีเช่นเดียวกัน ส่วนกลุ่มที่ไม่มีหลักฐานใดๆ หรือถือสัญชาติอื่น ต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เต็มจำนวนตามเกณฑ์ค่าใช้จ่ายในการบริการ

ความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุภาพ

ภูมิประเทศ การเดินทาง ระทางในการเข้าถึงหน่วยบริการทางด้านสุขภาพ การมีคนช่วยเหลือหรือนำไปส่งเพื่อรับบริการ รวมถึงระบบขนส่งมวลชน และยานพาหนะ ที่ต่างกันส่งผลให้ระดับเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาแต่ละชาติพันธุ์ต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงมีสัดส่วนความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุภาพอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด เมื่อเทียบกับชาติพันธุ์อื่นๆ และกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าและเย้ามีสัดส่วนความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุภาพอยู่ในระดับสูงที่สุด ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ทางสังคมและระบบเครือญาติพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ชาติพันธุ์ ม้ง เย้า ลีซู อาข่า และลาหู่ จะเป็นระบบครอบครัวขยายซึ่งผู้สูงอายุมักจะอาศัยร่วมบ้านกับลูกหลานเป็นครอบครัวใหญ่ โดยมีลูกหลานคอยดูแลในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค ซึ่งแตกต่างจากชนชาติพันธุ์

กะเหรี่ยงที่ผู้สูงอายุจำนวนมาก มักแยกบ้านจากลูกหลาน และดูแลตัวเอง ดังนั้นเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย ส่วนใหญ่แล้วมักไปเองโดยไม่มีลูกหลานพาไป ซึ่งจากการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ทางแพทย์พบว่า บางครั้งผู้สูงอายุอยากเข้ารับการรักษาแต่ไม่มีคนช่วยนำไปส่งยังสถานบริการทางการแพทย์ จึงทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ และบางครั้งเจ้าหน้าที่ต้องมาให้บริการที่บ้านผู้สูงอายุเอง

ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่

ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในการให้บริการ การรักษา การให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นผลการรักษา ฯลฯ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีระดับความพึงพอใจที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุชนติพันธุ์ เย้า มีสัดส่วนความพึงพอใจสูงที่สุดเมื่อเทียบกับชาติพันธุ์อื่นๆ และ กะเหรี่ยงกับลีซู มีระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับต่ำที่สุดตามลำดับจากทั้ง 6 ชนชาติพันธุ์ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จากข้อมูลของผู้ให้บริการพบว่าชนชาติพันธุ์ กะเหรียงเป็นกลุ่มที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นจึงอาจสันนิษฐานได้ว่าการเข้าใจในภาษาที่เจ้าหน้าที่ใช้สื่อสารอาจมีผลต่อระดับความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุปฏิบัติต่อคนไข้

บทที่ 6
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการประเมินการเข้าถึงบริการสุภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย โดยการศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งสิ้น 440 คน และให้ข้อมูลครบถ้วน 387 คน จากทั้งหมด 6 ชนชาติพันธุ์ ประกอบด้วย อาข่า ลาหู่ ลีซู ม้ง เย้า และกะเหรี่ยง และผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มในกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนทั้งสิ้น 25 คน โดยเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาล 5 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจำนวน 20 คน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 1,720.68 บาท/เดือน หนี้สินเฉลี่ย 9,997.05 บาท/ปี เบี้ยยังชีพเฉลี่ย 674.62 บาท/เดือน สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีบางส่วนที่ไม่มีสิทธิใดๆหรือใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้รายจ่ายในส่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 125.08 บาทต่อการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุค่าใช้จ่ายที่สำคัญอีกอย่างคือค่าใช้จ่ายอื่นๆเช่น ค่าอาหาร เสื้อผ้า ของใช้สำหรับคนไข้และคนที่ไปเฝ้าโดยเฉพาะในรายที่ต้องนอนโรงพยาบาล โดยค่าใช้จ่ายในส่วนนี้คิดเป็นเงิน 1,515.95 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ 1 ครั้งโดยเฉลี่ยคิดเป็น 162.85 บาท ส่วนในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงในระดับปานกลาง โดยความต่างทางด้านชาติพันธุ์มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริกา รและเจ้าหน้าที่ของรัฐพบว่าผู้สูงอายุคิดว่าจำนวนของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความพึงพอใจในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุภาพทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทางอ้อมเช่นค่าเดินทาง ค่าอาหาร ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แต่ในกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยอยู่ในระดับต่ำ ในด้านความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงรายให้ระดับความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆในอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคราการทางการแพทย์ในพื้นที่กันดาร

จากการศึกษายังพบว่าความแตกต่างทางด้านชาติพันธุ์ ภาษา และวัฒนธรรม มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อความคิดและทัศนคติในการเข้ารับบริการของกลุ่มผู้สูงอายุ และการขาดแคลนเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ประจำในพื้นที่เป็นอีกปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคราการในพื้นที่มีโอกาสได้ศึกษาในศาสตร์และวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวโยงถึงสุขภาพของคนในพื้นที่ และให้กลุ่มคนเหล่านั้นกลับมาทำงานพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพของคนท้องถิ่นตนเอง จะเป็นการแก้ปัญหาทางด้านบุราการ และเพิ่มโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

สำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเฉพาะชาวไทยภูเขาควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆของประเทศไทยให้ครอบคลุมทั้งหมด และในส่วนของจังหวัดเชียงรายควรได้รับการต่อยอดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการมีส่วนในการออกแบบและพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้เหมาสมะกับคนแต่ละพื้นที่

บรรณานุกรม

Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Baumeister, S. E. (2007). Improving access to care in America. Changing the US health care system: key issues in health services policy and management. 3a. edition. San Francisco: Jossey-Bass, 3-31.

Australian adult population (WHOQoL-Brief,Australian version,2006). [Cited 2014 October 12]. Available from http://www.acpmh.unimelb.edu. au/whoqol/whoqol-bref_14.html

Barton, M. B., Dayhoff, D. A., Soumerai, S. B., Rosenbach, M. L., & Fletcher, R. H. (2001). Measuring access to effective care among elderly medicare enrollees in managed and Fee-for-Service care: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res, 1*, 11.

Chunharas, S. (2002). The system of care for the elderly in Thailand: capitalizing from an integrated community-based health system through reform. *Aging Clin Exp Res, 14*(4), 258-264.

Creswell, J. W. (1997). *Qualitative Inquiry and Research Design*. California: Sage Publication, Inc.

Cunningham DA, R. P., Howard JK, et al. (1985). Exercise training and the cardiovascular fitness of man at retirement. *Med Sci Sports Exerc, 17*, 270.

Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet,372(9650), 1661-1669.

Fernandez-Olano, C., Hidalgo, J. D., Cerda-Diaz, R., Requena-Gallego, M., Sanchez-Castano, C., Urbistondo-Cascales, L., & Otero-Puime, A. (2006). Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy, 75*(2), 131-139. doi: S0168-8510(05)00054-0 [pii] 10.1016/j.healthpol.2005.02.005

Fitzpatrick, A. L., Powe, N. R., Cooper, L. S., Ives, D. G., & Robbins, J. A. (2004). Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. American Journal of Public Health, 94(10), 1788-1794.

HA, d. (1970). Physiological effects of an exercise training regimen upon men aged 52-88. *J Geront, 25*, 325-336.

HC, C. G. S. (1998). *Geriatric rehabilitation*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Horton, S., & Johnson, R. J. (2010). Improving access to health care for uninsured elderly patients. *Public Health Nurs, 27*(4), 362-370. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00866.x PHN866 [pii]

Kai-Kuen Leung, E.-C. W., Bee-Horng Lue, Li-Yu Tang. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research, 13*, 179-190.

Karen Glanz, B. K. R., Frances Marcus Lewis. (2002). *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Karisson, M. K. (2001). Skeleton Effects of Exercise in Men. *Calcif Tissue Int 69*, 196-199.

Kosaka, M. (1996). Developing a health service system for the elderly in Japan. *J Case Manag, 5*(4), 182-185.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social

Murata, C., Yamada, T., Chen, C. C., Ojima, T., Hirai, H., & Kondo, K. (2010). Barriers to health care among the elderly in Japan. *International journal of environmental research and public health*, *7*(4), 1330-1341

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Akha: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/akha.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lahu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/lahu/

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Lisu: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/lisu.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Karen: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available from URI: http://www.hilltribe.org/thai/karen/karen-history.php

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554).Hmong: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/hmong.html

Princess Maha Chakri Sirindhorn Anthropology Center, Thailand. (2554). Yao: Ethnicn group in Thailand. [Cited 6 August 2014]. Available on http://www.sac.or.th/databases/ethnic/Content/Information/mien.html

Rodney M.Coe, J. C. R., Douglas K. Miller, Fredric D.Wolinsky, Katerine S. Virgo. (1993). Nutrition Risk and Survival in Elderly Veteans: A Five Year Follow Up. *Journal of Community Health 18*(6), 327-334.

Schipper, L., Luijkx, K., Meijboom, B., & Schols, J. (2015). The 3 A's of the access process to long-term care for elderly: providers experiences in a multiple case study in the Netherlands. *Health Policy, 119*(1), 17-25. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.07.020 S0168-8510(14)00201-2 [pii]

Takao Suzuki, H. K., Hideyo Yoshida, and Tatsuro Ishizaki. (2004). Randomized controlled trial of exercise intervention for the prevention of falls in community-dwelling elderly Japanese women. *J Bone Miner Metab*(22), 602-611.

Taylor, D. H., Jr., & Hoenig, H. (2006). Access to health care services for the disabled elderly. *Health Serv Res, 41*(3 Pt 1), 743-758. doi: HESR509 [pii] 10.1111/j.1475-6773.2006.00509.x

Volkert, D. (2005). Nutrition and Lifestyle of the elderly in Europe. *J Public Health, 13*, 56-61.

WHO. (2006). Definition of an older or elderly person. Retrieved 6 November, 2006, from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html

World Health Organization. (2007). Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. (2010). เอกสารประกอบโครงการกรมอนามัยส่งเสริมให้คนไทยสุขภาพดี. นนทบุรี : กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2009). แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย พ.ศ. 2553 – 2556. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2015). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : http://bps.ops.moph.go.th/.../แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยพ.ศ.2554-2563.pdf (วันที่ค้นข้อมูล : 1 มีนาคม 2015).

กรมอนามัย, (2554). อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดรวม จำแนกตามเพศ. Retrieved 6 สิงหาคม 2554

ฉัตรสุมน พฤฒิภิณโญ, (2553). เศรษฐศาสตร์ประยุกต์.กรุงเทพ: เจริญมั่นคงการพิมพ์

ผ่องพรรณ อนุณแสง,และคณะ. (2555). วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2555

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. (2548). กระบวนทัศน์วิจัยเพื่อท้องถิ่น จุดเปลี่ยนการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). จำนวนประชากรแยกตามอายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 สิงหาคม 2554, from http://www.nesdb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). จำนวนประชากรแยกตามอายุ-คาดประมาณการ. Retrieved 6 สิงหาคม 2554, from http://www.nesdb.go.th

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ *10 (พ.ศ.2550-2554)*. กรุงเทพฯ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ.(2546). รายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care). เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 5/2546.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ, (2554). รายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care). เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 3/2547.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

สถาบันราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. (2554). อาหารสำหรับผู้สูงอายุ. Retrieved 3 August, 2549, from http://csweb.bsru.ac.th/4000105/chap3/detail3_6.html

สุ นี ย์ โยคะ กุล, & อัฏฐ พร หิรัญ พฤกษ์. (2009). การ ศึกษา ความ ต้องการ บุคลากร ของ สถาน บริการ สังกัด กระทรวง สาธารณสุข และ องค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ. ศ. 2551–2555. JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH (วารสาร วิจัย ทาง วิทยาศาสตร์ สุขภาพ), 3(1), 28-34.

สุวิมล เสถียร, & ชู ศักดิ์. (2014). วัฒนธรรม สุขภาพ พลัง ผู้ สูง วัย: พื้นที่ เชื่อม ต่อ กับ ระบบ สุขภาพ ภาค ประชาชน. วารสาร วิชาการ มนุษยศาสตร์ และ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา, 22(39), 279-299.

สมสุดา ผู้พัฒน์ จุฬารัตน์ วัฒนะ. (2551). การประเมินผลการดำเนินงานโครงการกองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.

นาถ พันธุมนาวิน พงษ์ศักดิ์ มณีนพผล พจมาลย์ ลาภลือชา, (2549). การศึกษาการดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์. กรุงเทพฯ.

อรวรรณ์ คูหาและคณะ, (2554).การศึกษาความพร้อมและความต้องการสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ.

ภาคผนวก

แบบสอบถามการประเมินการเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ID.....

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การาทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

(การสัมภาษณ์: ถามผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้ดูแล หรือสมาชิกในครัวเรือนที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการทางเศรษฐกิจของครัวเรือน)

ข้อ	คำถาม
1.1	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รายได้ของตัวท่าน (ผู้สูงอายุ) ต่อเดือน ●จากการทำงาน ทั้งหมด.....บาท/เดือน ●บำเหน็จ บำนาญ.....บาท/เดือน ●เบี้ยยังชีพ เงินช่วยเหลือ สงเคราะห์.....บาท/เดือน ●จากคู่สมรส บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง.....บาท/เดือน ●อื่นๆระบุ.....บาท/เดือน
1.2	ในเดือนที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของท่าน (ผู้สูงอายุ) ทั้งหมด เฉลี่ย.....บาท/เดือน
1.3	ท่านมีรายได้จากการทำงานเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายเพื่อการยังชีพหรือไม่ ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ ☐ เหลือเก็บ .....บาท/เดือน

ส่วนที่ 2 สวัสดิการและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

ข้อ	คำถาม
2.1	สถานพยาบาลของรัฐ (สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล) ที่ใกล้ที่สุด อยู่ห่างจากบ้านท่านเป็นระยะทางเท่าไร..... กิโลเมตร
2.2	สวัสดิการทางสุขภาพที่ท่านได้รับในปัจจุบัน ☐ บัตรทอง ☐ สิทธิข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ประกันสุขภาพเอกชน ☐ สวัสดิการและประกันสุขภาพอื่นๆ ระบุ.....
2.2	ในการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุด ท่าน ●ท่านรับการรักษาพยาบาลที่ไหน.....(ดูรหัส) ●เจ็บป่วยเป็นเวลาทั้งสิ้น.....วัน ●ค่ายาและรักษาพยาบาล ประมาณ.....บาท

ข้อ	คำถาม
	●ค่าเดินทางในการรับการรักษาพยาบาล ประมาณ..... บาท ●ค่าเสียโอกาสในการมีรายได้จากการทำงานประมาณ..... บาท ● ค่าใช้จ่ายอื่นๆ..... บาท
2.3	ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยมีอาการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล หรือไม่ ☐ มี จำนวน.....ครั้ง ☐ ไม่มี (ข้ามไปข้อ 2.5)
2.4	ครั้งล่าสุดท่านรับการรักษาพยาบาล(นอน)ที่ไหน.....(ดูรหัส) ●จำนวนเวลาที่ท่านนอนโรงพยาบาล ประมาณ.....วัน ●จำนวนเวลาที่ท่านนอนพักรักษาตัวที่บ้าน ประมาณ.....วัน ●ค่ารักษาพยาบาลประมาณ.....บาท ●ค่าเดินทางในการรับการรักษาพยาบาล ประมาณ .....บาท ●ค่าเสียโอกาสในการมีรายได้จากการทำงานประมาณ..... บาท ● ค่าใช้จ่ายอื่นๆ..... บาท
2.5	ในปัจจุบัน หากท่าน รู้สึกป่วยหรือไม่สบาย ท่านจะไปรับบริการสุขภาพที่ใด.....
2.6	<u>หากท่านรู้สึกไม่สบาย</u> และ<u>จำเป็นต้องพบหมอ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</u> การเดินทางไปรับการรักษา ●ท่านเดินทางไปอย่างไร ☐ เดินเท้าไปเอง ☐ จักรยาน/จักรยานยนต์ ☐ รถยนต์ส่วนตัว ☐ รถโดยสารสาธารณะ ☐ รถจ้างเหมา ☐ อื่นๆ ระบุ..... ●ส่วนใหญ่ท่านมีคนพาไปรับการรักษาพยาบาลหรือไม่ ☐ มีคนพาไป ☐ ไปเองโดยไม่มีคนพาไป ●มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากน้อยเพียงใด (ไม่รวมค่ารักษาพยาบาล)ประมาณกี่บาท ต่อการไปและกลับ 1 ครั้ง .....บาท

รหัสการรับการรักษาพยาบาล	
1.ไม่ได้รักษา	6.โรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด/ภูมิภาค
2.ใช้ยาสมุนไพรรักษาด้วยตนเอง	7.โรงพยาบาลเอกชน
3.หมอพื้นบ้าน/ยาแผนโบราณ	8.คลินิกเอกชน
4.สถานีอนามัย	9. คลินิกหรือสถานบริการที่ดำเนินการโดยองค์กรสาธารณกุศล
5.โรงพยาบาลชุมชน	10.อื่นๆ ระบุ.....

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.1 ท่านคิดว่าสถานีอนามัยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ)เพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการ					
3.2 ท่านได้รับบริการจากสถานีอนามัย ตรงตามความต้องการ					
3.3 ท่านรับรู้ว่าสถานีอนามัย มีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์และยาในการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ					
3.4 ท่านพอใจระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงสถานีอนามัย					
3.5 ท่านมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการในสถานีอนามัย					
3.6 ท่านคิดว่าค่ายานพาหนะเป็นภาระสำคัญในการเดินทางเข้ารับบริการสุขภาพที่สถานีอนามัย					
3.7 ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับบริการที่สถานีอนามัย					
3.8 ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของสถานีอนามัยมีความยุ่งยาก					
3.9 ท่านคิดว่าภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ณ สถานีอนามัย					
3.10 ท่านสามารถเข้ารับบริการในสถานีอนามัยหรือ ได้ตลอดเวลาตามความจำเป็นด้านสุขภาพ					
3.11 ท่านพอใจกับค่าใช้จ่าย(เช่น ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ)ณ สถานีอนามัย					
3.12 ท่านและครอบครัวมีความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่าย (ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ สถานีอนามัย					
3.13 ท่านได้รับบริการด้วยความเป็นกันเองจากเจ้าหน้าสาธารณสุข(หมอ)ณ สถานีอนามัย					
3.14 ท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ)ของสถานีอนามัย					
3.15 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ) เมื่อท่านเข้ารับบริการของสถานีอนามัย					

3.16 ท่านพึงพอใจกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ) ของสถานีอนามัย					
3.17 ท่านเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการของสถานีอนามัย					
3.18 ท่านคิดว่าโรงพยาบาลมี หมอเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการ					
3.19 ท่านได้รับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ตรงตามความต้องการ					
3.20ท่านรับรู้ว่าโรงพยาบาลของรัฐ มีเครื่องมือ วัสดุทางการแพทย์และยาในการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ					
3.21 ท่านพอใจระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลของรัฐ					
3.22 ท่านมีความสะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ					
3.23 ท่านคิดว่าค่ายานพาหนะเป็นภาระสำคัญในการเดินทางเข้ารับริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลของรัฐ					
3.24 ท่านได้รับบริการที่รวดเร็วเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ					
3.25 ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลชุมชนมีความยุ่งยาก					
3.26 ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลจังหวัดมีความยุ่งยาก					
3.27 ท่านคิดว่าภาษาเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาล					
3.28 ท่านสามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ได้ตลอดเวลาตามความจำเป็นด้านสุขภาพ					
3.29 ท่านพอใจกับค่าใช้จ่าย(เช่น ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ)ณ โรงพยาบาลของรัฐ					

3.30 ท่านและครอบครัวมีความสามารถในการจ่ายค่าใช้จ่าย (ค่ารถในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลของรัฐ					
3.31 ท่านได้รับบริการด้วยความเป็นกันเองจากเจ้าหน้าสาธารณสุข(หมอ)ณ โรงพยาบาลของรัฐ					
3.32 ท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ)ของโรงพยาบาลของรัฐ					
3.33 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ) เมื่อท่านเข้ารับบริการของโรงพยาบาลของรัฐอย่างเพียงพอ					
3.34 ท่านพึงพอใจกับการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(หมอ) ของโรงพยาบาลของรัฐ					
3.35 ท่านเชื่อมั่นในคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลของรัฐ					
3.36 ท่านคิดว่าหากรัฐบาลใช้นโยบายร่วมจ่ายค่ารักษา พยาบาลจะมีผลกระทบต่อการไปใช้บริการสุขภาพของท่าน					
3.37 ท่านคิดว่ารัฐควรมีนโยบายพิเศษจากที่เป็นอยู่ปัจจุบันเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ					

ภาพบรรยากาศการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง



รูปภาพที่ 1 : การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุชนเผ่าม้ง



รูปภาพที่ 2 : การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุชนเผ่าเย้า



รูปภาพที่ 3 : การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุชนเผ่าม้ง



รูปภาพที่ 4 : การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุชนเผ่าลีซอ

ค. ส่วนประกอบตอนท้าย

โครงการย่อยที่ 4 การประเมินการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

Assessment of access to health care system among the elderly population in the Thai-hill tribe people, Chiang Rai Province

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี 2558 **จำนวน** 287,000 (สองแสนแปดหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน)
ระยะเวลาทำการวิจัย 1 ปี **เริ่มทำการวิจัยเมื่อ** ธันวาคม 2558

หัวหน้าโครงการ

อาจารย์ อ่อน ลายเงิน หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 8517584146061 หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916904 โทรสาร 053-916821 Email: onn.lai@mfu.ac.th

ผู้ร่วมโครงการ

อาจารย์ ดร.อมรรัตน์ อนุวัฒน์นนทเขตต์ หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอ เมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916903 โทรสาร 053-916821 Email: amornrat.anu@mfu.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงอำเภอ เมืองจังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: tk2516ms@gmail.com

แบบสรุปผู้บริหาร

แบบสรุปผู้บริหาร

1. รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

1.1 ชื่อโครงการ

(ภาษาไทย) การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

(ภาษาอังกฤษ) Health assessment of elderly population among the Thai-hill tribe people, Chiang Rai, Thailand

1.2 ชื่อคณะผู้วิจัย

ผู้อำนวยการแผนงาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 3571000170004 หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: tk2516ms@gmail.com

ผู้ร่วมงานวิจัย

หัวหน้าโครงการย่อยที่ 1

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 3571000170004 หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916914 โทรสาร 053-916821 Email: tk2516ms@gmail.com

หัวหน้าโครงการย่อยที่ 2

อาจารย์ ฐาปกรณ์ เรือนใจ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1579900230781 หน่วยงาน สำนัก วิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916900 โทรสาร 053-916821 Email:thapakorn.rua@mfu.ac.th

หัวหน้าโครงการย่อยที่ 3

อาจารย์สิตางค์ คงกระโทก หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน3300700195230หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-9169106 โทรสาร 053-916821,Email: sitang.kon@mfu.ac.th

หัวหน้าโครงการย่อยที่ 4

อาจารย์อ่อน ลายเงิน หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 8 5715 84146 06 1หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100 โทรศัพท์ 053-916903 โทรสาร 053-916821,Email: onn_neo99@hotmail.com

หน่วยงานที่สังกัด มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หมายเลขโทรศัพท์ 053-916821 **โทรสาร** 053-916823

1.3 งบประมาณและระยะเวลาทำวิจัย

ได้รับงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 **งบประมาณที่ได้รับ** 2,145,000 **บาท**

ระยะเวลาทำวิจัย ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง กันยายน 2559

2. สรุปโครงการวิจัย

2.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ทีมนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงรวมทั้งนักวิจัยจากพื้นที่ มีความมุ่งมั่นอย่างยิ่งเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์ในคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยภูเขาหรือกลุ่มชนชาติพันธุ์ ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสุขภาพของกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขาเหล่านี้ซึ่งอยู่ในพื้นที่วิจัยนั้นก็เป็นภารกิจที่สำคัญภาระกิจหนึ่งที่มหาวิทยาลัยต้องการทำให้เกิดเป็นผล และด้วยปณิธานของสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงว่าจะเป็นสถาบันที่ต้องการมีความเชี่ยวชาญในสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์จึงเป็นพันธกิจที่ผูกพันธ์กับองค์กรเพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และทีมนักวิจัยเชื่อว่าจะสามารถเป็นผู้ชี้นำการจัดการสุขภาพในกลุ่มชาวไทยภูเขาได้ในอนาคต ทั้งในระดับนโยบาย การวิจัย การปฏิบัติ ภายใต้หลักการความเท่าเทียมกันในฐานะการเป็นมนุษย์ที่ต้องได้รับการดูแลในมิติต่าง ๆ ที่เหมาะสม ประการสำคัญที่ทีมนักวิจัยเชื่อว่าสามารถทำการวิจัยนำไปสู่การศึกษาค้นคว้าและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศในมิติการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ

2.2 วัตถุประสงค์

2.2.1 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

2.2.2 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

2.2.3 เพื่อประเมินระดับความปลอดภัยสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

2.2.4 เพื่อประเมินการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

2.3 ระเบียบวิธีวิจัย (โดยย่อ)

มีการทบทวนเนื้อหาสาระ ของโครงการวิจัยอีกครั้งหากได้รับการสนับสนุน ทางวิชาการ และการบริหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมวิจัย ประชุมทีมวิจัยทั้งที่ปรึกษาแผนงาน เพื่อให้เกิดการรับรู้เนื้อหาสาระของโครงการวิจัยทั้งหมด ที่สำคัญกำหนดการเวลาของการวิจัยในแต่ละขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือการวิจัย รวมทั้ง Protocol ที่เกี่ยวข้อง สุ่มคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการวิจัยและประสานงานเบื้องต้นจัดทำ Group discussion เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปัจจัย ตัวแปลที่ถูกต้องในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา พัฒนาเครื่องมือที่จำเป็นและแบบสอบถามที่มีมารตฐานที่สามารถประเมินตามวัตถุประสงค์ของแต่ละโครงการย่อย ดำเนินการเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลจะเก็บในกลุ่มประชากรเดียวกันทั้ง 4 โครงการย่อย ในกระบวนการเก็บ ข้อมูล นักวิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลประชากรชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย จากทั้งหมด 647 หมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลและนำวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุปผลการดำเนินงานเพื่อเขียนรายงานแล้วนำ ผลการวิจัยต่อไป แล้วมีการอบรมเผยแพร่ในกลุ่มที่ต้องการเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นการเผยแพร่ผลการวิจัย

2.4 ผลการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา 6 เผ่าหลัก คือ อาข่า ลาหู่ เย้า ม้ง กะเหรี่ยงและลีซอ ที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน การตรวจร่างกาย การตรวจตัวอย่างน้ำ การตรวจสภาพแวดล้อมด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ เพื่อประเมินระดับสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความปลอดภัยที่อยู่อาศัยและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 793 ราย จาก 61 หมู่บ้าน เข้าสู่การวิจัย เพศหญิงร้อยละ 50.4 ร้อยละ 93.9 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 51.7 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35.2 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 71.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 66.8 มีสถานะภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 70.5 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 62.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ร้อยละ 89.2 มีรายได้ ≤ 5,000 บาทต่อเดือน **ในด้านสุขภาพร่างกาย** ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 ดื่มสุรา ร้อยละ 14.6 รับประทานอาหารดิบๆ ร้อยละ 44.9 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 23.8 ส่วนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพพบว่า ร้อยละ 16.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.1 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ และร้อยละ 12.5 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 45.0 มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 ร้อยละ 6.8 มีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 4.5 มีประวัติการเป็นวัณโรค ร้อยละ 9.7 มีต้อกระจก ร้อยละ 28.7 มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 43.3 มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและการเคี้ยว ร้อยละ 33.5 ผลการตรวจประเมินเลือด พบว่า ร้อยละ 8.8 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 25.7 มีระดับกรดยูริคสูงกว่าปกติ ร้อยละ 31.5 มีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ และร้อยละ 21.5 มีระดับไตรกลี

เซอร์ไรด์สูงกว่าปกติ มีอัตราความชุกโรคเบาหวานระหว่างชนเผ่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ในด้านสุขภาพจิต**พบว่าความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 ร้อยละ 50.2 จากแบบทดสอบ MINI-COG ร้อยละ 64.4 และ Modified IQCODE ร้อยละ 23.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (OR_{adj} =1.44; 95% CI=1.01-2.06) เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานหรือยังประกอบอาชีพในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า รา ร้อยละ 32.9 ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุรี่แต่เลิกสูบแล้วในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า(OR_{adj} =1.95; 95% CI=1.04-3.62) และผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ(OR_{adj} =1.92; 95% CI=1.13-3.27) **ในด้านความปลอดภัยที่อยู่อาศัย** ชุมชนมีถนนแคบ ร้อยละ 63.3 ถนนสูงชัน ร้อยละ 33.3 ไม่มีราวกันตก ร้อยละ 28.3 และ ร้อยละ 76.7 สามารถเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลได้ภายใน 15 นาที แต่ ร้อยละ 60.0 ไม่มีรถโดยสารสาธารณะบริการ ด้านภัยพิบัติ พบว่า ร้อยละ 86.7 ประสบภัยแล้ง ร้อยละ 66.7 ประสบภัยพิบัติแผ่นดินไหว ร้อยละ 61.7 ประสบภัยพิบัติพายุลมแรง และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 24.9 เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 18.8 มีประวัติสะดุด ลื่นล้มหกล้ม จุดเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ สภาพพื้นผิวทางเดินรอบบ้านและทางไปห้องน้ำ ร้อยละ 60.3 ของห้องน้ำ ร้อยละ 68.4 ของห้องครัว และร้อยละ 77.2 ของห้องโถง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 43.8 ใช้น้ำประชาในการบริโภค และร้อยละ 73.8 ใช้น้ำประปาภูเขาในการอุปโภค และร้อยละ 83.0 พบมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม(ร้อยละ 83) การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย พบปัญหาสัตว์รบกวนมากที่สุดคือ ยุง (ร้อยละ 58.5) และแหล่งปฏิกูลและแหล่งนำโรคที่สำคัญ คือ คอกสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 18.1) ร้อยละ 68.5 ใช้เครื่องปรุงอาหารที่มีเครื่องหมาย อย. พื้นผิวในการประกอบอาหารเป็นไม้ (ร้อยละ 55.0) และพบว่ามีการเตรียมอาหารบนดิน ร้อยละ 8.7 ร้อยละ 53.5 ปรุงอาหารสูงจากพื้น ในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพจาก สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีบางส่วนที่ไม่มีสิทธิใดๆหรือใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้รายจ่ายในส่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 125.08 บาทต่อการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าเสียโอกาส คิดเป็น 1,515.95 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉลี่ยคิดเป็น 162.85 บาท/ครั้ง ส่วนในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงในระดับปานกลาง โดยความต่างทางด้านชาติพันธ์มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐพบว่าผู้สูงอายุคิดว่าจำนวนของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความพึงพอใจในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุขภาพทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แต่ในกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยในระดับต่ำ ในด้านความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ

ชาวเขาในจังหวัดเชียงรายให้ระดับความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆในอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

1. ควรมีการดำเนินโครงการส่งเสริมให้ความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

2. ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการนำไปสู่ปัญหาโรคเรื้อรังในแต่ละ เพศชนเผ่า อย่างเหมาะสม

3. ควรจัดกิจกรรมการคัดกรองโรคในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาให้เหมาะสมตามช่วงอายุอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังโรค

4. ควรจัดกิจกรรม โครงการส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพศชาย

5.การส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางด้านการแพทย์ลาสาธารณสุขที่เอื้อต่อผู้สูงอายุไทยภูเขาเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย

6. เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทางด้วยรถสาธารณะ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และอาจพัฒนาระบบการบริการสุขภาพและการส่งต่อผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7. ในด้านที่อยู่อาศัย ควรปรับปรุงสภาพพื้นผิวทางเดินบริเวณบ้านและทางไปห้องน้ำ ให้ราบเรียบและเดินสะดวกขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. ควรมีการจัดการพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคเรื้อรังให้ชัดเจนในกลุ่มเพศ ช่วงอายุ ชาติพันธุ์อย่างเหมาะสม โดยการร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ส่งเสริมให้มีการจัดการปัญหาที่มีผลทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา โดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

3. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้สูงอายุชาวเขา เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวเป็นประจำโดยการออกกำลังหรือทำกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมทางร่างกาย การทรงตัวและลดความสี่ยงต่อการล้ม

4. การศึกษาในครั้งนี้พบความชุกจากทั้ง 3 เครื่องมือคัดกรองในระดับที่สูงกว่าการศึกษาระดับประเทศ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล

โรงพยาบาลชุมชน ควรทำการดูแล ติดตาม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และทำการต่อส่งเพื่อการวินิจฉัยด้วยแพทย์เฉพาะทาง โดยผู้สูงอายุที่ป่วยจริงจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชน ควรทำการเฝ้าระวัง โดยการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อย่างสม่ำเสมอ

6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตลอดจนพัฒนาสังคม ควรส่งเสริมกิจกรรมหรือการทำงานของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการสานตะกร้า กระเป๋า

7. การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการป้องกัน หรือรณรงค์ส่งเสริมกิจกรรมที่แลสภาวะทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

8. ควรพิจารณาการแก้ปัญหาภัยแล้งและคุณภาพน้ำ สำหรับการอุปโภค บริโภค

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในรูปการศึกษาในรูปแบบ Cohort study design เพื่อดูศึกษาให้แน่ชัดถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

2. ควรเน้นการวิจัยในแต่ละชนเผ่าให้ลึกเข้าไป เพราะในการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยทางสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในทางวัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา ในแต่ละชนเผ่า

3. ควรทำการวิจัยเชิงพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปดำเนินการได้จริงในพื้นที่

4. ควรมีการทำการพัฒนาเครื่องมือหรือการแปลแบบคัดกรองภาวะพุฒิปัญญาบกพร่องเป็นภาษาของแต่ละชนชาติพันธุ์

5. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงายุไทยภูเขาเพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของที่มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำมากยิ่งขึ้น

6. ควรมีการทำการพัฒนาเครื่องมือหรือการแปลแบบคัดกรองภาวะพุฒิปัญญาบกพร่องเป็นภาษาของแต่ละชนชาติพันธุ์

7. ควรทำการศึกษาแบบ 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน และขั้นตอนที่สอง ให้ทำการวินิจฉันภาวะทางภาวะบกพร่องทางปัญญาอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม

8. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านกิจกรรมทางสังคม ปัจจัยด้านการนอน และปัจจัยด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

9. ควรขยายพื้นที่การศึกษา เช่น ในระดับภูมิภาค เพื่อการนำข้อเสนอมูลที่เป็นตัวแทนของภาคเหนือ

10. ควรเพิ่มเติมการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงสาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีสภาวะจิตใจที่ดี เพื่อเป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางสำหรับการส่งเสริมให้มีสภาวะจิตใจที่ดีแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง หรือผู้ที่สนใจต่อไป

11. ควรทำการศึกษาแบบ 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกทำการคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน และขั้นตอนที่สอง ให้ทำการวินิจฉัยภาวะทางภาวะบกพร่องทางปัญญาอันนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม

12. ควรทำการศึกษาด้วยรูปแบบการศึกษา เช่น Case-Control หรือ Cohort study ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะสามารถบอกความเป็นเหตุและผล (Causal relationship) ได้ ในโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

13. การส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคราการในพื้นที่มีโอกาสได้ศึกษาในศาสตร์และวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวโยงถึงสุขภาพของคนในพื้นที่ และให้กลุ่มคนเหล่านั้นกลับมาทำงานพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพของคนท้องถิ่นตนเอง จะเป็นการแก้ปัญหาทางด้านบุราการ และเพิ่มโอกาสให้กลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

14. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆของประเทศไทยให้ครอบคลุมทั้งหมด และในส่วนของจังหวัดเชียงรายควรได้รับการต่อยอดในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการมีส่วนในการออกแบบและพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้เหมาสมะกับคนแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบายในด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

1. ควรพิจารณาการกระจายสถานบริการไปยังหมู่บ้านชาวเขาให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม และเพื่อลดอัตราป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. ควรการส่งเสริมนโยบายเกี่ยวกับการใช้แพทย์พื้นบ้าน สมุนไพรให้สอดคล้องกับภูมิปัญหาท้องถิ่นและการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อในการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย

3. ควรส่งเสริมนโยบายให้มีการจัดจ้างบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถสื่อสารภาษาชนเผ่า หรือนโยบายในการพัฒนาเยาวชนในพื้นที่ให้มีการศึกษาในด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขา 6 เผ่าหลัก คือ อาข่า ลาหู่ เย้า ม้ง กะเหรี่ยงและลีซอ ที่อยู่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมิน การตรวจร่างกาย การตรวจตัวอย่างน้ำ การตรวจสภาพแวดล้อมด้วยเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ เพื่อประเมินระดับสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความปลอดภัยที่อยู่อาศัยและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 793 ราย จาก 61 หมู่บ้าน เข้าสู่การวิจัย เพศหญิงร้อยละ 50.4 ร้อยละ 93.9 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 51.7 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 35.2 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 71.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 66.8 มีสถานะภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 70.5 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรธิดา ร้อยละ 62.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ร้อยละ 89.2 มีรายได้ ≤ 5,000 บาทต่อเดือน **ในด้านสุขภาพร่างกาย** ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 ดื่มสุรา ร้อยละ 14.6 รับประทานอาหารดิบๆ ร้อยละ 44.9 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 23.8 ส่วนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพพบว่า ร้อยละ 16.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.1 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ และร้อยละ 12.5 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 45.0 มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 ร้อยละ 6.8 มีความพิการทางร่างกาย ร้อยละ 4.5 มีประวัติการเป็นวัณโรค ร้อยละ 9.7 มีต้อกระจก ร้อยละ 28.7 มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 43.3 มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและการเคี้ยว ร้อยละ 33.5 ผลการตรวจประเมินเลือด พบว่า ร้อยละ 8.8 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 25.7 มีระดับกรดยูริคสูงกว่าปกติ ร้อยละ 31.5 มีระดับคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ และร้อยละ 21.5 มีระดับไตรกลีเซอร์ไรด์สูงกว่าปกติ **ในด้านสุขภาพจิต**พบว่าความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องจากเครื่องมือ MMSE-Thai 2002 ร้อยละ 50.2 จากแบบทดสอบ MINI-COG ร้อยละ 64.4 และ Modified IQCODE ร้อยละ 23.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหรือไม่ประกอบอาชีพในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงเป็นภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (OR_{adj} =1.44, 95% CI=1.01-2.06) เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานหรือยังประกอบอาชีพในปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 พบความชุกของภาวะซึมเศร้ารา ร้อยละ 32.9 ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุรี่แต่เลิกสูบแล้วในปัจจุบันมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า(OR_{adj} =1.95, 95% CI=1.04-3.62) และผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตต่ำ(OR_{adj} =1.92, 95% CI=1.13-3.27) **ในด้านความปลอดภัยที่อยู่อาศัย** ชุมชนมีถนนแคบ ร้อยละ 63.3 ถนนสูงชัน ร้อยละ 33.3 ไม่มีราวกันตก ร้อยละ 28.3 และ ร้อยละ 76.7 สามารถเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลได้ภายใน 15 นาที แต่ร้อยละ 60.0 ไม่มีรถโดยสารสาธารณะบริการ ด้านภัยพิบัติ พบว่า ร้อยละ 86.7 ประสบภัยแล้ง ร้อยละ 66.7 ประสบภัยพิบัติแผ่นดินไหว ร้อยละ 61.7 ประสบภัยพิบัติพายุลมแรง และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 24.9 เคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 18.8 มีประวัติสะดุด ลื่นล้มหกล้ม จุดเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ สภาพพื้นผิวทางเดินรอบบ้านและทางไปห้องน้ำ ร้อยละ 60.3 ของห้องน้ำ ร้อยละ 68.4 ของห้องครัว และร้อยละ

77.2 ของห้องโถง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 43.8 ใช้น้ำประชาในการบริโภค และร้อยละ 73.8 ใช้น้ำประปาภูเขาในการอุปโภค และร้อยละ 83.0 พบมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม(ร้อยละ 83) การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย พบปัญหาสัตว์รบกวนมากที่สุดคือ ยุง (ร้อยละ 58.5) และแหล่งปฏิกูลและแหล่งนำโรคที่สำคัญ คือ คอกสัตว์เลี้ยง (ร้อยละ 18.1) ร้อยละ 68.5 ใช้เครื่องปรุงอาหารที่มีเครื่องหมาย อย. พื้นผิวในการประกอบอาหารเป็นไม้ (ร้อยละ 55.0) และพบว่ามีการเตรียมอาหารบนดิน ร้อยละ 8.7 ร้อยละ 53.5 ปรุงอาหารสูงจากพื้น ในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพจาก สำหรับการเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่มีบางส่วนที่ไม่มีสิทธิใดๆหรือใช้บริการสถานพยาบาลเอกชน ทำให้รายจ่ายในส่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเท่ากับ 125.08 บาทต่อการเข้ารับบริการ 1 ครั้ง ค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าเสียโอกาส คิดเป็น 1,515.95 บาทต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยเฉลี่ยคิดเป็น 162.85 บาท/ครั้ง ส่วนในด้านระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการของรัฐพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าถึงในระดับปานกลาง โดยความต่างทางด้านชาติพันธ์มีสัดส่วนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐพบว่าผู้สูงอายุคิดว่าจำนวนของสถานบริการและเจ้าหน้าที่ของรัฐอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านความพึงพอใจในค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางสุขภาพทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากค่าบริการทางการแพทย์โดยตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แต่ในกลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทยในระดับต่ำ ในด้านความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาในจังหวัดเชียงรายให้ระดับความสะดวกในการรับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในด้านต่างๆในอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปการพัฒนารูปแบบดารส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มประชากรผู้สูงอ่ายุชาวไทยภูขาในประเทศไทยยังมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ชาวเขา สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความปลอดภัยที่อยู่อาศัย ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

Abstract

Analytic cross-sectional study design was conducted to assess physical health, mental, quality of life, living safety environment, and level of access to health care services among the hill tribe elderly population who aged ≥ 60 years old and lived in Chiang Rai province. A questionnaire, physical examination form, lux meter, 5 ml blood specimen were used for collecting data from the4 subjects. A chi-square and logistics regression were used for detection the associations between variables. The study lasted for 1 year.

Results; 793 subjects were recruited into the study from 61 hill tribe villages. 50.4% were females, 93.9 % had Thai identification card, 81.7 were aged 60-69 years, 35.2 were aed 70-79 years, 71.5% were Buddhist, 93.8% were illi6terat, 66.8% were married, 70.5% lived with relative, 62.9% were unemployed, 89.2% had income ≤5,000 baht/month. Regarding physical health, 19.7% smoked, 14.6% drank alcohol14.6% ate uncooked food, 44.9%were chewing betel. Regarding health behaviors, 23.8% had a low level of self-care knowledge, 14.1% had a low attitude in self-care, and 12.5% had a low level of healthy practice. 45.0% had BMI ≥ 23, 6.8% were disabled, 4.5% had a history of TB treatment, 9.7% had cataract, 28.7% had a an hearing problem, 43.3% had oral health problem. Laboratory showed that 8.8% had glucose ≥ 126 mg/dL, 25.7% had uric acid ≥ 7, 31.5% had cholesterol ≥200 mg/dL, 21.5% had triglycerides ≥200 mg/dL. Prevalence of diabetes was 16.4%, and hypertension was 37.6%. Regarding mental health, the over all of quality of life and mental health among the subjects were in a high level, however, in physical aspect, it was in a low level. The prevalence of cognitive impairment was 50.2 %, 64.4%, and 23.3%, which assessed by MMSE-Thai 2002, MNI-COG,, and Modified IQCODE respectively. Age had statistical significant association with cognitive impairment (OR_{adj}=1.44, 95%CI=1.01-2.06). The prevalence of depression among the hill tribe elderly was 32.9%. Two variables were found associations with depression a) those people who quieted the smoking group was associated with depression (OR_{adj}=1.95, 95%CI=1.04-3.62), b) Low quality of life was associated with depression (OR_{adj}=1.92, 95%CI=1.13-3.27). Regarding living safety environment, 63.3% had narrowed 33.3% had a high slop road, 28.3% had no rail and 60.0% had no public transportation provided. 76.7% were ≤ 15 minutes far from a health care center. Regarding disaster, 86.7% were drought, 66.7 were earthquakes, and 61.7 were storm. 24.9% had injuries in a previous year, among them 17.8% had a fall, and most the fall occurred around the resident area including the pathway to restroom. 60.3% of toilet, 68.4% of kitchen, and 77.2 of living rooms had been defined as under the standard lighting level. 43.8% of water supply and 73.8% of drinking water were untreated ground-water, and 83.0% of all sources of water had been contaminated by coli form bacteria. Regarding living sanitation, 58.5% had a mosquito, 18.1% had a corral nearby their home, 68.5% used no food-and –drug certificated food, 55.0% prepared their food on a wood surface material, and 8.7% prepared their food on a floor. Regarding the rights of access to health care service, most of them were under subsidized of the Thai universal coverage program. A few proportions of them who were free of the support from Thai health care system due to lack of Thai citizenship, then, they used to use a private clinic. The average cost of access to health care service per visit was 125.08 baht, 1,515.95 baht of indirect and opportunity costs, and 162.85 baht of transportation to a hospital. Regarding the level of access to health care, it was found that the hill tribe elderly populations had a middle level of satisfaction in access to Thai health care service, and statistically different satisfaction levels to access health care system

between tribes. There was in “a middle satisfaction” in the aspect of individual perception of the sufficiency of numbers of health professional and health care setting. In the aspect of expenses of treatment including both direct and indirect costs were in a high level of their satisfaction, however, among the non-Thai citizen was found that low satisfaction level in access to health care services. Finally, in the aspect of the convenience of access to health care service, we found that both of accessibility and acceptability were dropped in a middle satisfaction level.

In conclusion, health promotion program developments are in need for improving health and well-being among the hill tribe elderly population.

Key words: Elderly population, Hill tribe, Physical health, Mental health, Living safety environment, Access to health care

แบบสรุปสำหรับประชาสัมพันธ์

สรุปแผนงานสำหรับการประชาสัมพันธ์

ชื่อแผนงาน การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

ชื่อนักวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล 2. อาจารย์ ฐาปกรณ์ เรือนใจ
3. อาจารย์สิตางค์ คงกระโทก 4. อาจารย์อ่อน ลายเงิน

หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี งบประมาณ 2558

เบอร์ติดต่อ 053-916914, 053-916913

ประเด็นปัญหาก่อนการวิจัย

ชาวเขาเป็นประชากรชนไทยกลุ่มหนึ่งที่อาศัยอยู่ในทางตอนเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีสังคมวัฒนธรรม ประเพณีที่จำเพาะ มีด้วยกัน 6 กลุ่มหลัก คือ อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้าและลีซู ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 2 ล้านคนในประเทศไทย ในประชากรเหล่านี้ยังมีบางส่วนที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจ สังคม และการสาธารณสุขในยุคปัจจุบัน แต่เรายังไม่ข้อมูลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุของกลุ่มประชากรเหล่านี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการประเมินสุขภาพกาย สุขภาพจิต ระดับความปลอดภัยที่อยู่อาศัยและภัยพิบัติธรรมชาติ ตลอดทั้งระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรเหล่านี้ โดยใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ ซึ่งนักวิจัยประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพหลายสาขา เช่น นักระบาดวิทยา เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กายภาพบำบัด แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

การแก้ไขปัญหาโดยใช้ผลงานวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพหลายอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารดิบๆ คุณภาพน้ำดื่มของผู้สูงอายุมีการปนเปื้อนแบคทีเรียอันตราย มีโรคไม่ติดต่อจำนวนมาก โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดัน มีระดับพุทธิปัญญาต่ำ และมีอัตราโรคซึมเศร้าสูง อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่อันตราย และระดับการเข้าถึงบริการสุขาภาพ ระดับปานกลาง ซึ่งต้องการการจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากหลายภาคส่วนตลอดร่วมกับระบบสุขภาพในพื้นที่

รูปภาพประกอบ



รูปภาพที่ 1 : การประเมินที่อยู่อาศัย ในหมู่บ้านชาติพันธุ์ลาหู่



รูปภาพที่ 2 : การประเมินสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุชาติพันธุ์กะเหรี่ยง

สรุปโครงการสำหรับการประชาสัมพันธ์

ชื่อโครงการย่อยที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

ชื่อนักวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล
2. อาจารย์ ดร.วิภพ สุทธนะ

หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี งบประมาณ 2558

เบอร์ติดต่อ 053-916914, 053-916913

ประเด็นปัญหาก่อนการวิจัย

ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในประเทศไทยยังไม่มี จึงทำให้ไม่ทราบระดับภาวะสุขภาพกายตลอดทั้งโรคที่เป็นปัญหาในกลุ่มประชากรดังกล่าว การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์รวมถึงการตรวจตัวอย่างเลือด เพื่อประเมินสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้าและลีซู ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย

การแก้ไขปัญหาโดยใช้ผลงานวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในประเทศไทย ประมาณครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา มีปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ทั้งที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคดังกล่าวและไม่สามารถความคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความคุมระดับความดันโลหิตได้ กลุ่มผู้สูงอายุยังมีความรู้ ทัศคติและการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมีอุปสรรคในการับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก เนื่องจากมีปัญหาการใช้ภาษาไทย

รูปภาพประกอบ



รูปภาพที่ 1: การประเมินภาวะสุขภาพกาย ผู้สูงอายุชาติพันธ์อาข่า



รูปภาพที่ 2 : การประเมินภาวะสุขภาพกาย ผู้สูงอายุชาติพันธ์ม้ง

สรุปโครงการสำหรับการประชาสัมพันธ์

ชื่อโครงการย่อยที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

ชื่อนักวิจัย

1. อาจารย์ฐาปกรณ์ เรือนใจ
2. อาจารย์วิลาวัณย์ ไชยอุต
2. อาจารย์ ดร.สุภาพร ตรงสกุล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล

หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี งบประมาณ 2558

เบอร์ติดต่อ 053-916900, 053-916914

ประเด็นปัญหาก่อนการวิจัย

การประเมินระดับปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมินระดับพุทธิปัญญา โรคซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา 6 ชนเผ่า คือ อาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า และลีซู ในจังหวัดเชียงราย โดยนักวิจัยที่มีความเชี่ยวชาญ

การแก้ไขปัญหาโดยใช้ผลงานวิจัย

ผลการวิจัยค้นพบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีปัญหาเรื่องพุทธปัญญาบกพร่องและมีโรคซึมเศร้า และระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ระดับต่ำ การไม่มีอาชีพทำหรือมีประวัติการสูบบุหรี่มีผลต่อภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมและภาวะโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

รูปภาพประกอบ



รูปภาพที่ 1: การประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชาติพันธ์ม้ง



รูปภาพที่ 2 : การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุชาติพันธ์อาข่า

สรุปโครงการสำหรับการประชาสัมพันธ์

โครงการย่อยที่ 3 การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

ชื่อนักวิจัย 1. อาจารย์สิตางค์ คงกระโทก 2. อาจารย์ ดร.พรรณนิภา ดอกไม้งาม
3. อาจารย์ ดร.กรกช จันทร์เสรีวิทยา 4. ผู้ช่วยศาสตรจารย์ ดร. ธวัชชัย อภิเดชกุล

หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2558

เบอร์ติดต่อ 053-916906

ประเด็นปัญหาก่อนการวิจัย

การประสบอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ส่วนมากเกิดขึ้นในที่พักอาศัย การประเมินความปลอดภัยที่อยู่อาศัยจึงเป็นประเด็นทางกายภาพที่สำคัญประเด็นหนึ่งเนื่องจากองค์ประกอบด้านที่อยู่อาศัย องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบของชุมชน เป็นตัวชี้วัดการพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ ชาวไทยภูเขา ซึ่งประสบปัญหาพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตอยู่แล้ว เช่น การเข้าถึงทรัพยากร ปัญหาการศึกษาและการสื่อสาร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้คุณค่าและศักดิ์ศรีการเป็นคน การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในสังคมไม่ได้เป็นไปตามแผนแม่บทของการพัฒนาสังคมของประเทศ จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทราบระดับความปลอดภัยในที่อยู่อาศัยของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มชาวไทยภูเขา เข้าใจในบริบทของที่อยู่อาศัย ว่ามีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุอันเนื่องจากสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย

การแก้ไขปัญหาโดยใช้ผลงานวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุชาวไทยภูเขากว่าครึ่งหนึ่งประสบปัญหาภัยพิบัติ เช่นแผ่นดินไหว พายุ ดินโคลนถล่ม และมีพื้นที่บริเวณบ้านและทางไปห้องน้ำที่ขรุขระมีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มได้ บริเวณห้องน้ำ ห้องโถงและห้องครัวมีระดับความส่องสว่างของไฟไม่เพียงพอ น้ำอุปโภคบริโภคมีแบคทีเรียที่มีผลเสียต่อสุขภาพปนเปื้อนและบริเวณที่พักอาศัยมีแมลงสัตว์อันตรายรบกวน

รูปภาพประกอบ



รูปภาพที่ 1 -3 : สภาพพื้นที่ในแต่ละหมู่บ้านผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา

สรุปโครงการสำหรับการประชาสัมพันธ์

ชื่อโครงการย่อยที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

ชื่อนักวิจัย

1. อาจารย์ฐาปกรณ์ เรือนใจ
2. อาจารย์วิลาวัณย์ ไชยอุต
2. อาจารย์ ดร.สุภาพร ตรงสกุล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธวัชชัย อภิเดชกุล

หน่วยงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปี งบประมาณ 2558

เบอร์ติดต่อ 053-916900, 053-916914

ประเด็นปัญหาก่อนการวิจัย

ชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ทศวรรษ แต่เราไม่ทราบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และบางกลุ่มก็ไม่มีบัตรประจำตัวคนไทย ดังนั้นในการวิจัยโครงการนี้ จึงมุ่งประเมินระดับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความพึงพอใจและประเมินค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาและการเก็บข้อมูลยังดำเนินการเก็บในกลุ่มของผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่าง ๆ ที่ให้บริการในสถานบริการของรัฐ

การแก้ไขปัญหาโดยใช้ผลงานวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาต้องใช้เงินในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลอย่างน้อย 293.93 บาท เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทางและยังต้อเสียค่าเสียโอกาสจำนวน 1,515.95 บาท ต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งหนึ่ง และระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีบัตรประชาชนมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการระบบสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีบัตรประชาชน

รูปภาพประกอบ



รูปภาพที่ 1 การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุชนเผ่าม้ง



รูปภาพที่ 2 การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุชนเผ่ากะเหรี่ยง

แบบสรุปแผนงานและโครงการย่อย (5บรรทัด)

สรุปแผนงาน

ชื่อแผนงานวิจัย การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัยที่อยู่อาศัยและระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีปัญหาโรคไม่ติดต่อ เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นำบริโภคไม่สะอาด มีระดับปัญหาระดับภูมิปัญญาและโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่บ้านที่ไม่ปลอดภัยและระดับการเข้าถึงบริการในระดับต่ำ

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ (Elderly) ชาวไทยภูเขา (Thai Hill-tribe) สุขภาพกาย (Physical health) สุขภาพจิต (Mental health) ระดับความปลอดภัยที่อยู่อาศัย (Living safety environment) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access to health care service)

สรุปโครงการ

ชื่อโครงการย่อยที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพกายในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

การวิจัยภาคตัดขวางเพื่อประเมินสุขภาพกายผู้สูงวอายุชาวไทยภุเขาที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสิบคุณภาพแล้ว จำนวน 793 คน จาก 61 หมู่บ้าน ผู้สูงอายุชาวไทยภูเขามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.7 ดื่มสุรา ร้อยละ 14.6 รับประทานอาหารดิบๆ ร้อยละ 44.9 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 23.8 ส่วนความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพพบว่า ร้อยละ 16.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 14.1 มีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับต่ำ และร้อยละ 12.5 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพระดับต่ำมีต้อกระจก ร้อยละ 28.7 มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 43.3 มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและการเคี้ยว ร้อยละ 33.5 มีความชุกโรคเบาหวาน เท่ากับ 16.4 ความชุกโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 37.6 และร้อยละ 100.0 น้ำอุปโคบริโภคปนเปื้นด้วยColiform bacteria

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ (Elderly) ชาวไทยภูเขา (Thai Hill-tribe) สุขภาพกาย (Physical health) การประเมิน (Assessment)

สรุปโครงการ

ชื่อโครงการย่อยที่ 2 การประเมินภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

การวิจัยภาคตัดขวางเพื่อประเมินสุขภาพกายผู้สูงวอายุชาวไทยภุเขาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่เป็นชาวอาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ลีซู ม้งและเย้า ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน พบว่าอัตราความชุกภาวะพร่องทางพุทธิปัญยา เท่ากับ ร้อยละ 50.2 (โดยวิธี MMES-Thai 2002) ปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะพทธิปัญญาพร่องคือ การไม่ประกอบอาชีพ อัตราความชุกโรคซึมเศร้าเท่ากับ ร้อยละ 32.9 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และคุณภาพชีวิตระดับต่ำมีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต (Qaulity of life) ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง (Cognitive impariement) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้สูงอายุ (Elderly) ชาวไทยภูเขา (Thai Hill-tribe)

สรุปโครงการ

ชื่อโครงการย่อยที่ 3 การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่อยู่อาศัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา ในจังหวัดเชียงราย

การวิจัยภาคตัดขวางเพื่อประเมินสุขภาพกายผู้สูงอายุชาวไทยภุเขาที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่เป็นชาวอาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ลีซู ม้งและเย้า ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย โดยใช้แบบประเมินและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวสอบคุณภาพแล้วและการเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจคุณภาพในห้องปฏิบัตการ พบว่า ร้อยละ 66.8 ประสบปัญหาภัยพิบัติธรรมชาติ ร้อยละ 24.9 เคยประสบอุบัติเหตุจากบริเวณบ้านที่อยู่อาศัย จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ บริเวณบ้านและทางไปห้องน้ำ ร้อยละ 60.3 และร้อละ 77.2 ของห้องน้ำและห้องโถงมีระดับความสว่างไม่ผ่านมาตรฐาน น้ำอุปโภคบริโภคมีการปนเปื้อนแบคทีเรียโคไรฟอร์ม ร้อยละ 83.0

คำสำคัญ ความปลอดภัยที่พักอาศัย (Living safety environemnt) การสุขาภิบาลที่อยู่อาศัย (Living sanitation) ภัยพิบัติ (Disaster) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) อุบัติเหตุ (Injury)

สรุปโครงการ

ชื่อ โครงการย่อยที่ 4 : การประเมินการเข้าถึงระบบสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงราย

การวิจัยภาคตัดขวางโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึกในการได้ข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ม้ง เย้า และลีซู ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารสุขที่บริการสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มนี้ พบว่า รายจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งเท่ากับ 125.08 บาท ค่าใช้จ่ายทางอ้อมและค่าเสียโอกาสเท่ากับ 1,515.95 บาทและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเท่ากับ 162.85 บาทต่อครั้งในการเข้ารับการบริการ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีสิทธิในการเข้ารับการรักษพยาบาลฟรีจากรัฐบาลมีความพึงพอใจกับการบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิการเข้ารับบริการฟรี

คำสำคัญ ระบบบริการสุขภาพ (Health care service) ชาวเขา (Hill tribe) ผู้สูงอายุ (Elderly) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Acess to health care)