

ภาวะคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา: เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิง

ทัศนีย์ ศีลาวรรณ¹ ณิชวีร์ นิลกาญจนกุล¹
กิตติพงศ์ พลเสน¹ มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์²

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ประเทศไทยอยู่ในสถานการณ์สังคมสูงวัยโดยสัดส่วนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การดูแลและจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึงมิติทางเพศด้วย การวิจัยเชิงพรรณานี้มุ่งอธิบายและเปรียบเทียบภาวะคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในชุมชนกึ่งเมืองอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน จำนวน 220 คน สุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจากทุกชุมชนด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุหรือตัวแทนครัวเรือนที่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ข้อมูลของผู้สูงอายุได้ครบถ้วน ด้วยแบบสัมภาษณ์ อธิบายคุณลักษณะตัวแปรด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของตัวแปรระหว่างเพศด้วย Chi-square test ผลการวิจัยพบว่าหนึ่งในสี่ของตัวแปรที่ศึกษามีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง โดยผู้สูงอายุชายมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในประเด็นการสูบบุหรี่/ยาเส้นและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชายในเรื่องเส้นรอบเอวและการไม่ใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพใกล้เคียงกันคือภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และระยะเวลานอนหลับในวันธรรมดาหรือวันหยุด ข้อเสนอแนะจากการวิจัยควรจัดกิจกรรมป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศ อายุและบริบทของครอบครัว ควรส่งเสริมให้มีการประเมินหรือคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ภายใต้การหนุนเสริมจากชุมชนและการร่วมมือกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : ภาวะคุกคามสุขภาพ/ พฤติกรรมเสี่ยง/ ผู้สูงอายุ/ ชุมชนกึ่งเมือง

Corresponding author: ทัศนีย์ ศีลาวรรณ, อีเมล: tsilawan@gmail.com, โทร: 0854102985

Received: July 18, 2019; Revised: August 28, 2019; Accepted: September 12, 2019

Health Threats and Risk Behaviors of the Elderly in the Semi-urban Communities of Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province: Comparison between Males and Females

Tassanee Silawan¹, Nuttawat Ninkarnjanakun¹
Kittipong Ponsen¹, Maneerat Ouaysawat²

¹Instructors, Community Health Department, Faculty of Public Health, Mahidol University.

²Professional Nurse, Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima Province.

Abstract

Thailand is in a situation of aging society, with the proportion of older women is higher than men and increasing. Care and services for the elderly should also consider the gender dimension. This descriptive research aimed to describe and compare health threats and risk behaviors between elderly men and women in the semi-urban communities of Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were 220 elderly people in Sung Noen municipality by sampling the elderly households from every communities using a simple random sampling method. Data were obtained from the elderly or household representatives aged 18 years and over using questionnaire. Data were described by percentage, mean and standard deviation and compared the proportion between male and female variables using Chi-square test. The results indicated that one-fourth of the studied variables were different between males and females. Elderly males had a higher health risk than females in smoking and drinking, meanwhile female elderly had higher health risks than male elderly in case of the waist circumference and not using seat belts while driving car. Elderly males and females had similar health risks in terms of high blood pressure or hypertension, high blood lipid, diabetes, activities of daily living, depression, not using a helmet while driving or traveling on a motorcycle, food consumption, physical activity or exercise, and sleep time on weekdays or holidays. The findings suggested that of the elderly in disease prevention, health care, and enhance the quality of life should be promoted in a form that allowed the elderly to make decisions and change behavior by themselves, taking into account the different factors between gender. Places and opportunities for the elderly to do activities together regularly should be provided and important assessments and screenings in the elderly should be performed continuously.

Keywords: Health threats/ Risk behaviors/ Elderly/ Semi-urban communities

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัย ในปี 2559 ประเทศสมาชิกของอาเซียน 3 ประเทศ (จาก 10 ประเทศ) ได้กลายเป็นสังคมสูงอายุ หรือ “สังคมสูงวัย” (Aged society) แล้ว ซึ่งรวมถึงประเทศไทยที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.5¹ โดยในปี 2562 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ของประชากรทั้งประเทศ² และคาดว่าภายในปี 2573 จะมีผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.7³ ซึ่งจะเริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) ทั้งนี้ เป็นผลมาจาก การที่มีอัตราเกิดและอัตราตายลดลง อันเนื่องมาจาก ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น จากค่าคาดประมาณ ณ กลางปี 2562 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในเพศชาย 73.0 ปีและเพศหญิง 80.1 ปี และอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่อายุ 60 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก) ในเพศชาย 17.1 ปี และเพศหญิง 22.8 ปี¹ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สมอง บทบาททางสังคม รวมถึงมีปัญหาด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การทำกิจวัตรประจำวัน ความสุข และคุณภาพชีวิต ซึ่งการเจ็บป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น⁴⁻⁸ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการรถฉุกเฉินมากกว่าวัยอื่นถึง 8 เท่าและมีอัตราการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลสูง 4 เท่าของกลุ่มวัยอื่น^{9,10} โดยสาเหตุหลักที่ผู้สูงอายุใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน คือหกล้ม อาการสับสนเฉียบพลัน อาการกำเริบของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่เดิม โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดและระบบไหลเวียนโลหิต โรคหัวใจ และความผิดปกติของระบบหายใจ เป็นต้น¹¹⁻¹² สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีภาวะคุณภาพสุขภาพและความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งต้องการการดูแลทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ในเขตเมืองและกึ่งเมืองพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรือกับญาติที่ไม่ใช่บุตร ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม

ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁴⁻⁸ นอกจากนี้ ยังพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนชนบทสูงกว่าชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนเมือง⁵ การวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและแตกต่างกันตามเพศ¹³ ประกอบกับที่สัดส่วนผู้สูงอายุและอายุคาดเฉลี่ยแตกต่างกันตามเพศสภาพ (Gender) การศึกษาสถานการณ์โดยรวมจึงยังไม่เพียงพอต่อความเข้าใจในภาวะคุณภาพสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและหญิง

อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย 11 ตำบล เขตเทศบาลตำบลสูงเนินซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง ประกอบด้วย 14 ชุมชน 6,057 หลังคาเรือน และมีประชากร 10,006 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 2,955 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์สูงมาก นอกจากนั้นบริบทของพื้นที่อำเภอสูงเนินมีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก รวมทั้งมีนิคมอุตสาหกรรมด้วย ทำให้วิถีชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงและมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องหาแนวทางป้องกันและดูแลอย่างเร่งด่วน จึงเป็นที่มาของการวิจัยนี้ ที่มุ่งอธิบายภาวะคุณภาพสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุชายและหญิง ผลการวิจัยจะช่วยในการจัดระบบการป้องกัน ส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับเพศสภาพ และช่วยให้สามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนกึ่งเมืองหรือเขตเทศบาลตำบลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันซึ่งมีอีกจำนวนมากต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาวะคุณภาพสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสำรวจ (Cross-sectional survey)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรในการวิจัยคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนินจาก 14

ชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 6,057 หลังคาเรือน ประชากรรวม 10,006 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุ 2,955 คน ตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสูงเนินจาก 14 ชุมชน จำนวน 220 คน ที่คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากร¹⁴ โดยกำหนดค่า $Z^2_{\alpha/2}$ (ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%) เท่ากับ 1.96, N (ประชากรผู้สูงอายุ) เท่ากับ 2,955 คน, p (ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้งต่อปีร้อยละ 1.9)⁸ เท่ากับ 0.19, d (ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5) เท่ากับ 0.05 จากนั้นสุ่มตัวอย่างครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุจากทุกชุมชนด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน และเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่เป็นตัวแทนครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ข้อมูลของผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน

3. เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินสุขภาพ ที่พัฒนาโดยทีมวิชาการและองค์กรในเครือข่ายสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่สามารถให้ข้อมูลของผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน เนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้) ภาวะสุขภาพ (เส้นรอบเอว การเจ็บป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะซึมเศร้า) ซึ่งในส่วนของ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้แบบประเมินและแปลผลตามบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำแนกผลการประเมินเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง¹⁵ ภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมินและแปลผลตามการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยด้วยคำถาม 9 ข้อ (9Q) จำแนกผลการประเมินเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง¹⁶ จำแนกเส้นรอบเอวเป็นกลุ่มปกติ (ความยาวเส้นรอบเอว <90 ซม. ในชาย และ <80 ซม. ในหญิง) และกลุ่มมีภาวะอ้วน

ลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง)¹⁷

พฤติกรรมเสี่ยง (การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การป้องกันอุบัติเหตุจากยานยนต์ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และระยะเวลาการนอนหลับ) ประเด็นละ 5-7 ข้อ จัดระดับและแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom)¹⁸ จำแนกผลการประเมินเป็นกลุ่มไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ำ (คะแนนรวมร้อยละ 80 ขึ้นไป) กลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง (คะแนนรวมร้อยละ 60-79) และกลุ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (คะแนนรวมต่ำกว่าร้อยละ 60)

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล: การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน 2) ประชุมวางแผนการดำเนินงาน 3) อบรมพนักงานเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้ควบคุมงานสนาม ประกอบด้วยนักศึกษาและอาจารย์จากเครือข่ายสถาบันการศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 คน โดยทำความเข้าใจในรายละเอียดของเครื่องมือและแนวทางการสัมภาษณ์ และ 4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูล และตรวจสอบความสมบูรณ์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล: ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 18.0 (PASW Statistics 18) อธิบายคุณลักษณะของตัวแปรด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างเพศด้วย Chi-square test การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการประเมินผลการพัฒนาชุมชนสุขภาพะ อำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2018-168

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจาก 14 ชุมชนในเขตเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนทั้งสิ้น 220 คน จำแนกเป็นเพศชาย 77 คน (ร้อยละ 34.8) และเพศหญิง 143 คน (ร้อยละ 64.7) ผลการวิจัย มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป: ผู้สูงอายุชายมีอายุเฉลี่ย 69.4 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 92.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 64.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40.3 มีรายได้เฉลี่ย 6,368.1 บาทต่อเดือน มีสิทธิรักษาพยาบาลด้วยประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 55.8 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีอายุเฉลี่ย 70.9 ปี สถานภาพสมรสหม้ายร้อยละ 44.1 และสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 40.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 79.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 55.2 มีรายได้เฉลี่ย 2,960.5 บาทต่อเดือน

2. ภาวะคุณภาพชีวิต: ผู้สูงอายุชายและหญิงมีภาวะคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 1) ดังนี้

2.1 เส้นรอบเอวและการเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 33.8 นิ้ว โดยร้อยละ 18.2 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์มาตรฐานไม่ควรเกิน 36 นิ้ว หรือ 90 เซนติเมตร) ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 34.2 นิ้ว โดยร้อยละ 56.8 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์มาตรฐานไม่ควรเกิน 32 นิ้ว หรือ 80 เซนติเมตร) ในช่วง 12 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูลผู้สูงอายุชายเคยได้รับแจ้งจากบุคลากรสาธารณสุขว่ามีภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 61.0 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 37.7 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 29.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงเคยได้รับแจ้งจากบุคลากรสาธารณสุขว่ามีภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 58.7 มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 42.7 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 37.1 ซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันของค่าสัดส่วนด้านการเจ็บป่วยระหว่างเพศชายและหญิงในเรื่องภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ($p > 0.05$)

2.2 การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมประจำวัน (Activity Daily Living: ADL) พบว่าผู้สูงอายุชายมีค่า ADL เฉลี่ย 19.4 คะแนน (จาก 20 คะแนน) โดยพบกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงร้อยละ 1.4 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีค่า ADL เฉลี่ย 18.9 คะแนน โดยเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงร้อยละ 3.9 ซึ่งพบว่าสัดส่วนของการประเมิน ADL ที่จัดเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง ($p > 0.05$)

2.3 ภาวะซึมเศร้า จากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พบว่าผู้สูงอายุชายมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 3.1 คะแนน (จาก 27 คะแนน) โดยพบกลุ่มมีภาวะซึมเศร้าระดับปกติร้อยละ 80.5 ระดับน้อยร้อยละ 16.9 และปานกลางร้อยละ 2.6 ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 3.9 คะแนน โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับปกติร้อยละ 80.4 ระดับน้อยร้อยละ 18.2 และปานกลางร้อยละ 1.4 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่างค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($p > 0.05$)

3. พฤติกรรมเสี่ยง: ผู้สูงอายุชายและหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยง (ตารางที่ 2) ดังนี้

3.1 การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่/ยาเส้นนานๆ ครั้งร้อยละ 5.2 และสูบเป็นประจำร้อยละ 15.6 ภายใน 12 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูลเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 31.2 โดย 10 ใน 24 คน (ร้อยละ 41.7) ดื่ม 3-4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนผู้สูงอายุหญิงปัจจุบันสูบบุหรี่/ยาเส้นนานๆ ครั้งร้อยละ 2.1 และสูบเป็นประจำร้อยละ 2.1 ภายใน 12 เดือนนับถึงวันเก็บข้อมูลเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 10.5 โดย 3 ใน 14 คน (ร้อยละ 21.4) ดื่ม 3-4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ปัจจุบันสูบบุหรี่/ยาเส้นเป็นประจำและดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3.2 ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุจากการขับขี่หรือโดยสารยานยนต์ พบว่าปัจจุบันผู้สูงอายุชายขับรถยนต์ร้อยละ 42.9 โดยไม่มีใบขับขี่ร้อยละ 9.1 และ

ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้งร้อยละ 11.7 โดยสารรถยนต์ร้อยละ 61.0 โดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งร้อยละ 50.0 ปัจจุบันผู้สูงอายุชายขับซีรจกรยานยนต์ร้อยละ 54.5 โดยไม่มีใบขับขี่ร้อยละ 23.8 และไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับซีรจกรยานยนต์ทุกครั้งร้อยละ 42.9 โดยสารรถยนต์ร้อยละ 26.0 โดยไม่สวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งร้อยละ 60.0 ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงพบว่าปัจจุบันขับรถร้อยละ 3.5 โดย 2 ใน 3 คนไม่มีใบขับขี่และ 3 ใน 5 คนไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้ง โดยสารรถยนต์ร้อยละ 60.1 โดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งร้อยละ 61.5 ปัจจุบันขับซีรจกรยานยนต์ร้อยละ 16.8 โดยไม่มีใบขับขี่ร้อยละ 50.0 และไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับซีรจกรยานยนต์ทุกครั้งร้อยละ 37.5 โดยสารรถยนต์ร้อยละ 31.5 โดยไม่สวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งร้อยละ 57.8 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างเพศพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้งสูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันของค่าสัดส่วนระหว่างเพศชายและหญิงในเรื่องการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้งและไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับซีรหรือโดยสารรถยนต์ทุกครั้ง ($p > 0.05$)

3.3 การบริโภคอาหาร พบว่าผู้สูงอายุชายมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 20.0 คะแนนจาก 28 คะแนน โดยจัดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงปานกลางร้อยละ 49.4 และเสี่ยงสูงร้อยละ 16.9 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 20.7 คะแนน โดยจัดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงปานกลางร้อยละ 49.7 และเสี่ยงสูงร้อยละ 15.4 โดยที่ค่าสัดส่วนการบริโภคอาหารในเกณฑ์เสี่ยงสูงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง ($p > 0.05$)

3.4 กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุชายมีกิจกรรมทางกายหรือ

ออกกำลังกายในระดับปานกลางและต่ำร้อยละ 97.4 โดยในการทำงานปกติต้องออกแรงปานกลางทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาที ขึ้นไปในแต่ละครั้ง (เช่น การเดินอย่างรวดเร็วไปมาในที่ทำงาน หรือทำงานบ้าน หรือถือของไม่หนักมาก เป็นต้น) ร้อยละ 20.8 และในเวลาว่างจากการทำงานมีกิจกรรมเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมยามว่างอย่างปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง (เช่น เดินเร็ว ซีจกรยาน เล่นวอลเลย์บอลว่ายน้ำ เป็นต้น) ร้อยละ 20.8 ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางและต่ำร้อยละ 95.1 โดยในการทำงานปกติต้องออกแรงปานกลางทำให้หายใจแรงขึ้นหรือหัวใจเต้นเร็วขึ้นปานกลางเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้งร้อยละ 26.6 และในการเดินทางจากสถานที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งโดยการเดินหรือซีจกรยานเป็นเวลาต่อเนื่องตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปร้อยละ 23.1 โดยค่าสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางหรือต่ำ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง ($p > 0.05$)

3.5 ระยะเวลาการนอนหลับ พบว่าผู้สูงอายุชายมีระยะเวลาการนอนหลับรวมในวันธรรมดาเฉลี่ย 7.1 ชั่วโมง โดยพบผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 42.8 ส่วนในวันหยุดมีระยะเวลาการนอนหลับรวมเฉลี่ย 6.8 ชั่วโมง โดยพบผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 39.4 ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีระยะเวลาการนอนหลับรวมในวันธรรมดาเฉลี่ย 6.9 ชั่วโมง โดยพบผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 40.7 ส่วนในวันหยุดมีระยะเวลาการนอนหลับรวมเฉลี่ย 6.7 ชั่วโมงโดยพบผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมงร้อยละ 40.3 โดยค่าสัดส่วนการมีระยะเวลาการนอนหลับรวมต่ำกว่า 7 ชั่วโมง ทั้งในวันธรรมดาและวันหยุดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง ($p > 0.05$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าสัดส่วน (ร้อยละ) ของภาวะคุณภาพระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง

ภาวะคุณภาพ	ชาย (77 คน)	หญิง (143 คน)	p	ความเสี่ยง
เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน	18.2	56.6	<0.001	ชาย < หญิง
มีภาวะหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง	61.0	58.7	0.740	ใกล้เคียงกัน
มีระดับไขมันในเลือดสูง	37.7	42.7	0.472	ใกล้เคียงกัน
เป็นโรคเบาหวาน	29.9	37.1	0.284	ใกล้เคียงกัน
การประเมิน ADL จัดเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง	1.3	4.2	0.242	ใกล้เคียงกัน
การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) จัดอยู่ในระดับปานกลาง	2.6	1.4	0.525	ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าสัดส่วน (ร้อยละ) ของพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง

พฤติกรรมเสี่ยง	ชาย (77 คน)	หญิง (143 คน)	p	ความเสี่ยง
สูบบุหรี่/ยาเส้นเป็นประจำ	15.6	2.1	<0.001	ชาย > หญิง
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	31.2	10.5	<0.001	ชาย > หญิง
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถทุกครั้ง	11.7	60.1	<0.001	ชาย < หญิง
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ทุกครั้ง	50.6	61.5	0.119	ใกล้เคียงกัน
ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขี่รถจักรยานยนต์ทุกครั้ง	42.9	37.8	0.437	ใกล้เคียงกัน
ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะโดยสารรถจักรยานยนต์ทุกครั้ง	59.7	58.0	0.807	ใกล้เคียงกัน
การบริโภคอาหารจัดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงสูง	16.9	15.4	0.772	ใกล้เคียงกัน
มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางหรือต่ำ	97.4	95.1	0.412	ใกล้เคียงกัน
ระยะเวลานอนหลับรวมในวันธรรมดาต่ำกว่า 7 ชั่วโมง	42.9	40.6	0.741	ใกล้เคียงกัน
ระยะเวลานอนหลับรวมในวันหยุดต่ำกว่า 7 ชั่วโมง	39.0	40.6	0.817	ใกล้เคียงกัน

อภิปรายผลการวิจัย

หนึ่งในสี่ของตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะคุณภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง เขตเทศบาลตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา มีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง อภิปรายผลดังนี้

เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุน่าจะเนื่องมาจากวิถีชีวิตและบริบททางสังคมของผู้สูงอายุชายในพื้นที่อำเภอสูงเนิน ยังคงมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องใช้กำลังทางกายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ทั้งในด้านการทำงานที่ต้องใช้กำลังและการร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ

สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557¹⁷ ที่พบว่าความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายในทุกกลุ่มโดยเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและสูงสุดในช่วงอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 70.0 และ 32.1 ตามลำดับ) จากนั้นจึงลดลงเหลือร้อยละ 63.7 และ 27.4 และ 56.1 และ 18.6 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ ผลการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิกของศูนย์อนามัยที่ 4 (ปัจจุบันคือศูนย์อนามัยที่ 5) จังหวัดราชบุรี ในปี 2554¹⁹ ที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มของร้อยละการมีเส้นรอบเอวเกินค่ามาตรฐานมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มอายุ 55-64 ปี มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 71.7 และ 30.4 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 64 ปีขึ้นไปมีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 60.0 และ 15.3 ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้พบร้อยละของผู้มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ต่ำกว่าผลการสำรวจหรือศึกษาข้างต้น ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจที่พบว่า เส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุช่วงกลาง ผลการศึกษาภาวะอ้วนลงพุงสอดคล้องกับที่พบสัดส่วนการเป็นโรคเบาหวานและระดับไขมันในเลือดสูงในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงที่พบในสัดส่วนที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต¹⁹ แม้ผลการวิจัยนี้จะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของโรคข้างต้นระหว่างเพศชายและหญิง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุทั้งสองเพศเผชิญปัญหาและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในเกณฑ์สูง ซึ่งรวมถึงผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นตามอายุ¹⁷ เหล่านี้ล้วนเป็นภาวะคุกคามสุขภาพและลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องจัดระบบการดูแลและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม โดยเฉพาะการลดภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุหญิง

ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่/ยาเส้นเป็นประจำสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสูบบุหรี่เป็นค่านิยมของเพศชายตั้งแต่วัยรุ่นที่คิดว่าช่วยส่งเสริมความเป็นชาย หรืออาจได้รับอิทธิพลจากเพื่อนหรือการรวมกลุ่มทางสังคม ตลอดจนค่านิยมของสังคมที่ยอมรับการสูบบุหรี่ของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งประเด็นเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้เพศชายวัยรุ่นสูบบุหรี่มากกว่าและสูบเรื่อยมาจนถึงวัยสูงอายุ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557¹⁷ ที่พบเพศชายสูบบุหรี่ในปัจจุบันที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.8, 25.0 และ 21.8 ตามลำดับ ในขณะที่พบเพศหญิงสูบบุหรี่ในปัจจุบันที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 3.9, 2.3 และ 5.1 ตามลำดับ ในทำนองเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุชายดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากการเข้าสังคมหรือสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อนหรืองานเทศกาลต่างๆ เพื่อแสดงถึงความเป็นพรรคพวกเดียวกันและเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกัน บางคนอาจดื่มเพื่อคลายความเครียดจากปัญหาครอบครัวและการงาน ในขณะที่บางส่วนดื่มเพื่อให้ร่างกายรู้สึกกระชุ่มกระชวยและหายเหนื่อยจากภารกิจประจำวันหรือดื่มเพื่อให้อุ่นหลับ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการสำรวจข้างต้น¹⁷ ที่พบเพศชายดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 42.1, 26.3 และ 17.6 ตามลำดับ ในขณะที่พบเพศหญิงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาที่มีอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 12.5, 5.7 และ 3.3 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร²⁰ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ได้แก่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา มากกว่าเพศหญิง

ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจากยานยนต์ พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ทุกครั้งสูงกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเกิดจากผู้สูงอายุหญิงมักขับรถยนต์ในการ

เดินทางไม่ไกลหรือขับในเขตอำเภอที่อยู่อาศัยทำให้บางคนอาจคิดว่าไม่จำเป็นต้องคาดเข็มขัดนิรภัย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะเป็นผู้โดยสารมากกว่าที่จะเป็นผู้ขับขี่เอง สอดคล้องกับผลการสำรวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปีที่พบว่าในช่วง 30 วันที่ผ่านมาคนขับรถยนต์ที่เป็นหญิงที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งสูงกว่าชาย (ร้อยละ 52.0 และ 38.6 ตามลำดับ)¹⁷ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายมีการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถยนต์ไม่แตกต่างกันแต่อยู่ในเกณฑ์มีความเสี่ยงสูง น่าจะเนื่องมาจากขาดความตระหนักในอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงละเลยการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งในกรณีการเดินทางในระยะทางใกล้ๆ หรือภายในเขตอำเภอ สอดคล้องกับผลการสำรวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ที่พบว่า ผู้โดยสารด้านหน้าที่เป็นหญิงและชายที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งร้อยละ 45.9 และ 46.4¹⁷ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายมีการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ไม่แตกต่างกันแต่อยู่ในเกณฑ์มีความเสี่ยงสูง น่าจะเนื่องมาจากส่วนใหญ่มักขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ในระยะใกล้ในละแวกบ้านจึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ทั้งนี้ ในหนึ่งวันอาจต้องขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หลายรอบ เช่น รับ-ส่งหลานไปโรงเรียน ไปตลาด หรือซื้อของใช้ต่าง ๆ ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากบ้าน ทำให้ไม่ได้สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งหรือบางคนอาจรู้สึกอึดอัดหรือร้อนขณะสวมหมวกนิรภัยทำให้ไม่อยากสวมทุกครั้ง นอกจากนี้ เนื่องจากอำเภอสูงเนินเป็นอำเภอขนาดเล็กที่ผู้คนคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี การบังคับใช้กฎหมายจึงกระทำด้วยการบอกกล่าวตักเตือน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงไม่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับผลการสำรวจในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ที่พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่เป็นหญิงและชายไม่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง ร้อยละ 57.6 เท่ากัน และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่เป็นหญิงและชายไม่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งร้อยละ 70.2 และ 75.2¹⁷

ผู้สูงอายุชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และระยะเวลาอนอนหลับไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีการกิจในชีวิตประจำวันที่ต้องช่วยเหลือกันและอยู่ในสิ่งแวดล้อม

คล้ายกันเกือบตลอดเวลา ทำให้มีกิจวัตรประจำวันทั้งในเรื่องการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารค่อนข้างสูง ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะในร่างกาย รวมถึงระบบการเผาผลาญพลังงานลดลง จึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและก่อให้เกิดโรคเรื้อรังได้²¹ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ทุกวันในปริมาณและลักษณะของอาหารที่เหมาะสมกับวัย ร่วมกับการพักผ่อนที่เพียงพอและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารร้อยละ 35.5 และมีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 6.2²² และผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ก็พบว่าผู้สูงอายุบริโภคผักหรือผลไม้ต่ำลงเมื่ออายุมากขึ้น (กินผักเพียงพอดตามคำแนะนำร้อยละ 29.5, 23.1, และ 16.4 และบริโภคผลไม้เพียงพอดตามคำแนะนำร้อยละ 28.3, 23.2, และ 21.9 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ)¹⁷ การวิจัยนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายเกือบครึ่งที่มีระยะเวลาอนหลับรวมในวันธรรมดาและวันหยุดต่ำกว่า 7 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่มีสุขภาพดีควรมีระยะเวลาการนอนหลับในช่วงกลางคืน 7-8 ชั่วโมง สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีระยะเวลาการนอนหลับไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับไม่ดีอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของจังหวะชีวิตในรอบวัน ระดับฮอร์โมนกายวิภาคทางระบบประสาทที่ควบคุมการนอนหลับ การรับและการตอบสนองต่อแสงสว่างจากภายนอก เป็นต้น นอกจากนี้ อาจเกิดจากความเคยชินที่ปฏิบัติตั้งแต่ตอนยังไม่สูงวัยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุตอนต้นจึงยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนชีวิตและกิจวัตรประจำวัน หรืออาจมีบางส่วนที่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาในชีวิตทำให้นอนไม่หลับ และต้องอาจใช้ยานอนหลับเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่หมู่บ้านประชานิเวศน์²² ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 52.0 มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีการนอนเฉลี่ย 6.09 ชั่วโมง และปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีคือการมีภาวะซึมเศร้าและการมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับที่พบในการวิจัยนี้ด้วย

สรุป

หนึ่งในสี่ของตัวแปรเกี่ยวกับภาวะคุกคามสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง โดยผู้สูงอายุชายมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในประเด็นการสูบบุหรี่/ยาเส้นและการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุชายในประเด็นเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานและไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ทุกครั้ง ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุชายและหญิงมีความเสี่ยงด้านสุขภาพใกล้เคียงกันคือมีภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูง มีระดับไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน ผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจัดเป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าจัดอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ บริโภคอาหารในเกณฑ์เสี่ยงสูง มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในระดับปานกลางหรือต่ำ และระยะเวลานอนหลับในวันธรรมดาหรือวันหยุดต่ำกว่า 7 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดกิจกรรมป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้สูงอายุในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และอุบัติเหตุจากยานพาหนะ โดยให้ผู้สูงอายุชายและหญิงมีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศ อายุและบริบทของครอบครัว ควรส่งเสริมให้มีการประเมินหรือคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มแรกและหาทางป้องกันและแก้ไขได้ทันเวลา และควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนและช่วยเหลือกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ภายใต้การหนุนเสริมจากชุมชนและการร่วมมือกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายสถาบันการศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ จังหวัดนครราชสีมา ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและควบคุมคุณภาพงานสนาม

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด 999; 2560.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2562. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2562] ; 28. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2556.
4. สมใจ วินิจกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง: กรณีศึกษาพื้นที่เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาล 2550; 9(2): 44-54
5. เสน่ห์ แสงเงิน ฉาวร มาตัน. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง เขตชุมชนกึ่งเมือง และเขตชุมชนชนบท จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561; 48(2): 174-84
6. โกศล สอดส่อง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครพระนครศรีอยุธยา. วารสารศึกษาศาสตร์ มจร 2561; 6(1): 162-175
7. บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล, พลภัทร ทรงศิริ. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมโดนต อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(1): 55-65
8. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุนิตี, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ อีรานูตร และคณะ. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555; 35(2): 15-24
9. Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currell A, Cameron PA, Stoelwinder JU et al. The challenges of population ageing: Accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. MJA 2011; 194 (11): 574-578.

10. Keskinoglu P, Sofuoglu T, Ozmen O, Gunduz M, Ozkan M. Older people's use of pre-hospital emergency medical services in Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50:356-60
11. จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. การดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* 2554; 23(2):1-12
12. Dundar C, Sunter AT, Canbaz S, Cetinoglu E. Emergency service use by older people in Samsun, Turkey. *Advances in Therapy* 2006; 23 (1): 47-53
13. ภรณ์ ตั้งสุรัตน์1, วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย* 2556; 20(1): 57-69
14. Wayne WD. *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons Inc.; 1995.
15. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรพิมพ์ อังค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
16. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, ณรงค์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 9 คำถาม. *โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*; 2550.
17. วิชัย เอกพลการ. บรรณาธิการ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนด์ดีไซน์; 2557.
18. Bloom, B.S. (Ed.). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay Co Inc.; 1956.
19. กมล มัยรัตน์, พัชรี วงศ์ษา, พรนิภา เผือกหอม, พัชราพร ปาจริยพงษ์, พาณี เสนีย์วงศ์ ณ อยุธยา. การศึกษาการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก. *ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่*; 2554.
20. ชุตินา สินชัยวนิชกุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561; 19 (Supplement): 100-109
21. นิธิรัตน์ บุญตานนท์. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1521534073.pdf.
22. ชวีศา แก้วอนันต์. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2561; 12(2): 199-210