



ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม*

จรรยา ภัทรราชาชัย**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นหนึ่งใน การสำรวจระดับประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยในเรื่องภาวะสุขภาพโดยรวม ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยงด้านชีวภาพ และการรับรู้ว่าเป็นโรคตลอดจนการรักษาและควบคุมโรคเรื้อรังที่สำคัญ ใช้ตัวอย่างประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 19,372 คน จากการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นแบบสามขั้นตอนอย่างมีชั้นภูมิ ในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2547 ดำเนินการด้วยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจเลือด โดยใช้เครื่องมือและเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐาน

การศึกษา พฤติกรรมเสี่ยง พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่และดื่มสุราลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ชายสูบบุหรี่มากกว่าหญิงเก่าเท่า การดื่มสุราลดลงไม่มาก การออกกำลังกาย และการกินผักและผลไม้ อยู่ในเกณฑ์ไม่เพียงพอที่เพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงสูงอายุ ภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ โลหิตจาง และภาวะพอม สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ในขณะที่อัตราความชุกของโรคอ้วนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โรคเรื้อรังที่อยู่ในความสนใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และเบาหวาน ซึ่งนอกจากความเสี่ยงของแต่ละโรคแล้วยังก่อภาวะโรคที่สำคัญตามมา พบความชุกโดยรวมของ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน เป็น ร้อยละ 51.6, 25.4 และ 14.8 ตามลำดับ สัดส่วนผู้สูงอายุ ที่ไม่รู้ว่า เป็นแล้วไม่เคยรักษา ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.8, 81.5 และ 41.2 ผู้ที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้เพียง ร้อยละ 12.4, ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 10.3 และ โรคเบาหวานร้อยละ 26.4 ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการรักษาที่ควบคุมได้สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ในทุกโรคและกลุ่มอายุ แต่มีปัญหาในเรื่องนี้มากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปทั้งสองเพศ ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการตรวจคัดกรองประจำปี เพื่อลดสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยรู้ตัวว่าเป็นโรคเหล่านี้ หรืออย่างน้อยที่สุดสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง และปรับปรุงคุณภาพ ขยายความครอบคลุม และประสิทธิภาพของการดูแลระยะยาว ในสถานบริการทุกระดับ เพื่อเพิ่มสัดส่วนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและควบคุมได้ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ:

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3, ผู้สูงอายุ, ภาวะสุขภาพ, โรคเรื้อรัง, พฤติกรรมเสี่ยง, การรักษาและควบคุม

*โครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค (SPICE project) กระทรวงสาธารณสุข

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Abstract**Elderly Health Problems 2004****Yawat Porapakkham*, Junya Plattara-Achachai******Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness-SPICE Project, Ministry of Public Health, **Faculty of Medicine, Thammasat University*

As part of the National Health Examination Survey III, the objectives of this study were to determine the health problems of Thai elderly in 4 dimensions; self-reported health status, prevalence of behavioral risks, biological risks and examine an awareness, treatment and control of the leading chronic diseases.

The samples of 19,372 respondents aged 60 years and over were drawn from those included in the multi-staged sample national survey during January-August 2004. Methods of data collection were interview, physical examination and laboratory findings. Descriptive analysis was used to estimate the size of the conditions and prevalence at the national level, base on standard criteria for diagnosis of chronic diseases and levels of their effective control.

With regard to *behavioral risks*, prevalence of cigarette smokers decreased with ages, the rate among males was nine times over that of females. Alcohol drinking decreased in a small proportion. Insufficient physical activities as well as fruit and vegetables intakes based on standard criteria were observed at high rates (80-90percent), increased with advanced ages and the oldest females were the worst. *For biological health risks*, anemia and underweight appeared to increase with advanced ages and lower proportion of obese elderly respondents with advanced age was observed. *Selected chronic diseases* were hypertension, hypercholesterolemia and Diabetes Mellitus, of which known as high risks associated with major cardiovascular events for example, stroke, ischemic heart, and long- termed diabetic consequences. Age-adjusted prevalence of hypertension were at 51.6 percent, diabetes 14.8 percent and high cholesterol 25.4 percent. While overall proportion of unawareness of those chronic diseases were reported to be 56.8 percent for hypertension, 41.2 for diabetes and 81.5 percent for high cholesterol. The proportions of those treated and control of blood pressure, blood sugar and blood cholesterol were 12.4, 26.4 and 10.3 percent respectively. Women were found to be more aware of their illnesses, received treatment with effective control than their men counterparts. An ineffective control group was observed among the oldest - 80 years and over- of both genders.

In conclusion, there were high prevalence of hypertension and diabetes in the Thai elderly with high percentage of unawareness and inadequate control of those treated. Screening program for early detection was essential. Treatments of these diseases to maintain adequate control should be improved.

Key words:

National Health Examination Survey III, Thai elderly, health status, chronic diseases, risk behaviors, treatment and control

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร เนื่องจากการเกิดและการตายลดลงอย่างมาก อายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ส่งผลให้ทั้งสัดส่วนและจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ จำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจาก 1.7 ล้านคน หรือร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2513 เป็น 5.8 ล้านคน หรือร้อยละ 9.5 ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ. 2543 และจากการฉายภาพประชากร คาดว่าใน พ.ศ. 2568 (หรือ อีก 18 ปี) ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.6 ล้านคน หรือร้อยละ 21 ของประชากร^(1,2)

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายย่อมเสื่อมตามธรรมชาติ รวมถึงโรคที่มักเป็นต่อเนื่องจากวัยกลางคน ทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ทั้งทางกาย จิต และ สังคม โรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง กลุ่มอาการสมองเสื่อม ข้อเสื่อม ภาวะทาง

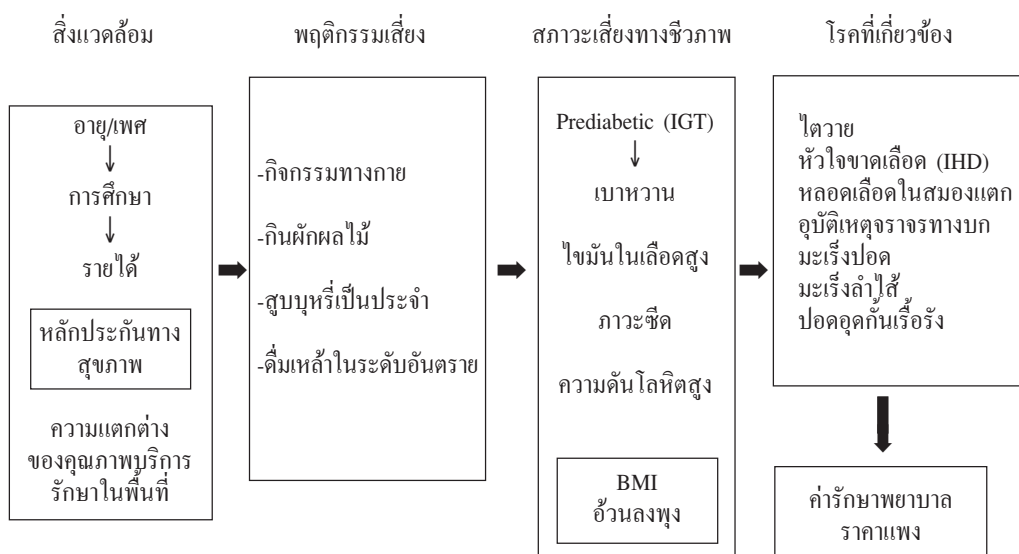


จิตใจและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้ตามมา และเมื่ออายุยิ่งสูงขึ้นจะพบภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงมากขึ้นด้วย^(3,4) การเตรียมความพร้อมในด้านหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเป้าหมายที่พึงประสงค์ จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ การรับมือกับปัญหาดังกล่าว มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลสำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์การติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อเตรียมการป้องกันโรคและการดำรงวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตั้งแต่วัยกลางคน เช่น หลีกเลี่ยงปัญหาปัจจัยเสี่ยง การลดความชุกของโรคหรือภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และเบาหวาน นอกจากความเสี่ยงต่อตัวเองแล้ว ยังก่อภาระโรคสำคัญต่อรัฐตามมาเพราะต้องรักษาเป็นเวลานานปี ดังนั้นจึงควรลดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุและให้คงวิถีชีวิตได้อย่างปรกติตามสภาพอันควร

ทั้งนี้มีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ของปัจจัยกำหนดสุขภาพ กับธรรมชาติของการเกิดโรคและภาวะเรื้อรัง ในระดับต่าง ๆ ทางระบาดวิทยา (รูปที่ 1) การนำเสนอชุดข้อมูล ปัจจัยกำหนด ด้านประชากรและสังคม พฤติกรรมเสี่ยง สภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ มีความสำคัญในการคาดประมาณขนาดและแบบแผนของโรคและภาวะสุขภาพที่จะเกิดตามมา นอกจากนี้ การวิเคราะห์ที่แสดงถึงการรับรู้ว่าเป็นโรค การเข้าถึงบริการ ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพจนควบคุมโรคได้ของประชากร จะสะท้อนถึงความครอบคลุม และคุณภาพของระบบบริการสุขภาพได้อีกโสดหนึ่งด้วย

จึงศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยในระดับประเทศ โดยแสดงถึงภาวะสุขภาพโดยรวม ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ และโรคเรื้อรังที่สำคัญ รวมถึงระดับของการรับรู้ว่าเป็นโรค ตลอดจนได้รับการรักษาและควบคุมได้



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยและโรคเรื้อรังที่นำไปสู่ภาระโรคและการรักษาพยาบาล

วิธีการศึกษา

ในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ทั่วประเทศครั้งนี้ครอบคลุมประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) โดยใช้แผนการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นแบบสามขั้นตอนอย่างมีชั้นภูมิ (Three-stage stratified probability sampling) หน่วยประชากรขั้นแรกคือจังหวัด หน่วยประชากรขั้นสองคือหน่วยเลือกตั้งสำหรับพื้นที่ในเขตเทศบาล และหมู่บ้านสำหรับพื้นที่นอกเขตเทศบาล หน่วยประชากรสุดท้ายคือบุคคลที่เป็นเป้าหมายของการสำรวจ เก็บข้อมูล ตั้งแต่ 15 มกราคม - 15 เมษายน พ.ศ. 2547 หลังจากการตรวจสอบคุณภาพความถูกต้องตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้โปรแกรม Stata 9.0 ได้ตัวอย่างวัยสูงอายุ ที่นำมาวิเคราะห์จำนวน 19,372 คน การสำรวจครั้งนี้ ใช้วิธีเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจเลือด ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ คือ สภาวะสุขภาพโดยรวม ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง และโรคเรื้อรัง ข้อมูลจากการตรวจร่างกายคือ น้ำหนักและส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และซีฟजर สำหรับผลของค่าความเข้มข้นของเลือด (hemoglobin และ hematocrit) น้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) และคอเลสเตอรอล (total cholesterol) ได้ผลจากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ⁽⁵⁾

เครื่องมือและเกณฑ์การวินิจฉัย

1. สภาวะสุขภาพโดยรวม เป็นการประเมินสถานะสุขภาพโดยรวมของบุคคลโดยการประเมินตนเอง ใช้แบบสอบถามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพของสมาชิก ประเทศทั่วโลก (WHIS 2002-2003)⁽⁶⁾ ผู้ถูกสัมภาษณ์จะประเมินสภาวะสุขภาพ โดยแบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ดีมาก (1) ไปจนถึงเลวมาก (5) การวิจัยครั้งนี้ได้เลือกนำเสนอเฉพาะองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อวัยสูงอายุ ที่ไม่ซ้ำกับคำถามจากส่วนอื่น ได้แก่ ความสามารถในการจดจำหรือสมาธิ สัมพันธภาพกับผู้อื่น การพักผ่อนนอนหลับ และอารมณ์ความรู้สึก โดยเฉพาะความรู้สึกซึมเศร้า กัดกรุ้ม วิตกกังวล โดยใช้ระดับ 1-3 เป็นเกณฑ์ความรู้สึกยากลำบาก

2. พฤติกรรมเสี่ยง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามวัดความชุกและขนาดของการบริโภคเชิงปริมาณของปัจจัยเสี่ยงในการศึกษาครั้งนี้ คือ ดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และการบริโภคผักผลไม้ ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพในระดับต่าง ๆ ที่ได้กำหนดจากผลการวิจัยในหลายประเทศรวมทั้งเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก จากเกณฑ์เหล่านี้ใช้วิเคราะห์ผลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในประชากรสูงอายุ (ตารางที่ 1)

การดื่มแอลกอฮอล์ หน่วยมาตรฐาน คือ ปริมาณของแอลกอฮอล์ในรูปของเอทานอล (ethanol) เกณฑ์คือ หนึ่งหน่วยมาตรฐานเท่ากับเอทานอล 8-13 กรัม การคำนวณหาปริมาณเอทานอล⁽⁷⁾ ในเครื่องดื่มต่าง ๆ ทำได้โดยใช้ข้อมูลดังนี้ (1) ชนิดของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ วิสกี้ ไวน์ สาโท (2) ขนาดที่ดื่ม หรือขนาดของแก้ว/กระป๋อง เป็นมิลลิลิตร-มล. (3) เอทานอล conversion factor ของเครื่องดื่มนั้นหรือสัดส่วนของแอลกอฮอล์ที่มีในเครื่องดื่มนั้น เช่น เบียร์มีร้อยละ 4-5 ไวน์มีร้อยละ 12 วิสกี้มีร้อยละ 40 ฯลฯ และ (4) ความหนาแน่นจำเพาะของเอทานอล (specific density) = 0.79

การคำนวณ ปริมาณเอทานอลในเครื่องดื่มแต่ละชนิด = ขนาดของภาชนะ (แก้ว / กระป๋อง / ขวด)



ตารางที่ 1 ปริมาณแอลกอฮอล์ในรูปเอทานอลที่บริโภคต่อวัน (กรัม)

เกณฑ์	ชาย	หญิง
ไม่ดื่ม	0	0
ดื่มน้อย	> 0 ถึง < 40	> 0 ถึง < 20
ดื่มอย่างอันตราย	> 40 ถึง < 60	> 20 ถึง < 40

x ความหนาแน่นจำเพาะของเอทานอล = 0.79 x เอทานอล conversion factor หรือเอทานอล content
ได้

การสูบบุหรี่ การวัดความชุก แบ่งเป็น ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันกับผู้ไม่สูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบัน แบ่ง
ได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (1) สูบเป็นประจำทุกวัน คือผู้ที่ใช้ยาสูบอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน ถึงแม้ว่าจะหยุดบ้างใน
ช่วงวันหยุดทางศาสนา หรือขณะไม่สบาย (2) สูบไม่ประจำ คือ ผู้ที่สูบบุหรี่แต่ไม่สูบเป็นประจำทุกวัน ผู้ไม่สูบ
บุหรี่ แบ่งออกเป็น (ก) ผู้ไม่เคยสูบบุหรี่เลย (never - smokers) (ข) ผู้เลิกสูบบุหรี่แล้ว (ex - smokers)
คือผู้ที่เคยสูบบุหรี่มาแล้วไม่ว่าจะสูบเป็นประจำหรือเป็นครั้งคราว แต่ขณะนี้ได้เลิกสูบแล้วซึ่งควรจะได้ถามถึง
ระยะเวลาตั้งแต่ที่เลิกสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน การวัดเชิงปริมาณ^(8,9) คือ จำนวนมวนของบุหรี่ชนิดหรือประเภท
ต่าง ๆ ที่สูบต่อวัน

กิจกรรมทางกาย (physical activity)⁽¹⁰⁾ หมายถึงการเคลื่อนไหวของร่างกาย หรือการออกกำลังกาย ซึ่ง
ถ้าได้กระทำสม่ำเสมอจะเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ และมีผลต่อการป้องกันโรคที่สำคัญต่อไปนี้ คือ
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เส้นเลือดในสมองแตก โรคมะเร็งปอดในผู้สูงอายุ กระดูกหักง่ายอันเกิดจากการ
หกล้มในผู้สูงอายุ โรคอ้วน และลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งโรคซึมเศร้าและ
วิตกกังวล

กิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวของร่างกายนี้ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้นแต่
รวมถึงการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย ในแบบสอบถามของการสำรวจครั้งนี้ แบ่งกิจกรรมทาง
กายออกเป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ (1) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการทำงานโดยวัดจากอิริยาบถในการทำงาน
เช่น นั่งยืนหรือเดิน และลักษณะของงานที่ทำว่าเป็นงานที่ต้องออกแรงมากน้อยเพียงใด และเป็นเวลานาน
เท่าใดในแต่ละวันหรือสัปดาห์ (2) กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวกับการเดินทาง เช่น ไปทำงาน ไปซื้อของ ไปจ่ายตลาด
ไปสังสรรค์ ไปวัด ให้คิดรวมการเดินทางในทุก ๆ วัตถุประสงค์ และ (3) กิจกรรมทางกายในเวลารว่างจากการ
ทำงาน ได้แก่ การเคลื่อนไหวอิริยาบถในยามว่างจากการทำงาน เช่น ชอบนอนดูโทรทัศน์เป็นประจำ หรือนั่งดู
เดินไปเดินมาบ่อย ๆ หรือว่างจากงานก็จะนอนเท่านั้น นอกจากนี้ก็เป็นระยะเวลา และความถี่ต่อสัปดาห์ของ
การออกกำลังกาย ทั้งอย่างหนัก และปานกลาง

เกณฑ์การวัดกิจกรรมทางกาย คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (1) จากการทำงาน
(2) กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเดินทาง และ (3) กิจกรรมทางกายเกี่ยวกับการพักผ่อนนอกเวลาทำงาน รวมเข้า
ด้วยกันในแต่ละสัปดาห์ ถ่วงน้ำหนักด้วยความหนักเบาของการเคลื่อนไหวเหล่านั้น กำหนดเป็น Metabolic
Equivalent Time (MET) มีหน่วยเป็นนาที⁽¹⁰⁾ โดยใช้เกณฑ์ 1 MET = 1 kcal/kg/ชม. ในการจำแนก ระดับ

ของกิจกรรมทางกาย จำแนกประเภทประชากรออกมาเป็นกลุ่มที่มี (1) ระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (2) ระดับต่ำ (3) ระดับปานกลาง และ (4) ระดับสูง

การบริโภคผักและผลไม้

ผลไม้ 1 หน่วยมาตรฐาน ได้แก่ มะละกอหรือแตงโมหรือสับปะรดหั่นเป็นคำ 6 - 8 ชิ้น หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือกล้วยหอม 1 ผลขนาดกลาง หรือ ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือ เงาะ 4 ผล ผลไม้กระป๋อง 1 ถ้วย (250 มล.) และน้ำผลไม้สด 1/2 ถ้วย การบริโภคผัก ในอาหารไทยมีหลายรูปแบบทั้งเป็นผักสดในรูปสลัด ผักที่ปรุงแล้ว เช่น ผัด ต้ม และน้ำผัก อาหารผักต่าง ๆ เหล่านี้ คิดเป็น 1 หน่วยมาตรฐาน ได้แก่ ผักที่ปรุงแล้ว 1/2 ถ้วย (1 ถ้วย = 250 มล. หรือ 1 ท็อปปีใหญ่) ผักสด 1 ถ้วย หรือ สลัด 1 ถ้วย และน้ำผักไม่ผสมอื่นใดเลย 1/2 ถ้วย ตัวอย่างการถาม คือ ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์คิดถึงอาหารผักที่กินเป็นส่วนใหญ่ว่า มีอะไรบ้างและบริโภคอาหารผักเหล่านั้นมากน้อยเท่าใดในแต่ละวันโดยเปรียบเทียบกับปริมาณของถ้วยมาตรฐาน (แสดงถ้วยมาตรฐาน) แล้วจึงมารวมเข้าทั้งหมดเป็นปริมาณต่อวัน เช่น โดยเฉลี่ยในแต่ละสัปดาห์ของ 12 เดือนที่ผ่านมา นาย ก. บริโภคผักประมาณ 3 วัน/สัปดาห์ ในวันที่บริโภคผัก ประกอบด้วย “สลัดผักรวม 2 ถ้วย = 2 หน่วยมาตรฐาน กับ ผัดผัก 1/2 ถ้วย = 1 หน่วยมาตรฐาน รวม = 3 หน่วยมาตรฐานต่อวัน”

3. ภาวะเสี่ยงด้านชีวภาพ การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นภาวะร่างกายที่จะมีผลต่อการเกิดโรค เช่น ภาวะน้ำหนักน้อยเกินไปหรือภาวะอ้วน โดยใช้เครื่องชี้วัด 2 ประเภทคือ ดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบเอว (waist circumference) มีเกณฑ์ที่จำแนกประชากรตามค่าของดัชนีที่ใช้ดังนี้^(11,12)

ภาวะอ้วนหรือมีน้ำหนักมากเกิน กับภาวะน้ำหนักน้อยเกินไปล้วนมีผลต่อสุขภาพ สุขภาวะเกิดได้เมื่อมีน้ำหนักได้สัดส่วนกับความสูงที่ชี้วัดการไม่มีไขมันในร่างกาย ภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลายชนิด เช่น เบาหวาน ชนิด 2 ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ข้ออักเสบ เป็นอาทิ แต่ถ้ามีน้ำหนักน้อยหรือผอม จะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร กระดูกพรุน และระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เกณฑ์มาตรฐานจำแนกภาวะอ้วน-ผอม

ลักษณะการจำแนก	ดัชนีที่ใช้
ภาวะน้ำหนัก	ดัชนีมวลกาย (BMI kg/m²)
- น้ำหนักน้อย (ผอม)	< 18.5 kg/m ²
- น้ำหนักปกติ	≥ 18.5 – < 25 kg/m ²
- น้ำหนักเกิน	> 25 – ≤ 30 kg/m ²
- ภาวะอ้วน	> 30 kg/m ²
ภาวะอ้วนลงพุง (Central obesity)	เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)
	ชาย เส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร
	หญิง เส้นรอบเอว ≥ 80 เซนติเมตร



วิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ถ่วงน้ำหนักข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ค่าคาดประมาณทางประชากร ทดสอบความแตกต่างทางสถิติโดยไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อัตราความชุกปรับฐานโดยประชากรไทย พ.ศ. 2547 และแสดงผลในระดับประเทศ

ผลการศึกษา

1. ภาวะสุขภาพ

การสำรวจพบตามที่คาดหวังตามทฤษฎีและประสบการณ์ กล่าวคือ ความสามารถในเรื่องของการหลงลืม ขาดสมาธิ การนอนหลับ อาการหุดหู่ซึมเศร้า และการสร้างสัมพันธภาพหรือร่วมกิจกรรมทางสังคม จะเริ่มมีปัญหาดังกล่าวตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป แต่อยู่ในพิสัยที่ยังเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิต ยกเว้นการนอนไม่หลับที่พบร้อยละ 24.0 ในชายและร้อยละ 37.3 ในหญิง ปัญหาค่าจะเพิ่มขึ้นตามอายุในทุกองค์ประกอบ และหญิงมากกว่าชายเกิน 2 เท่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัดส่วนของตัวอย่างที่มีความลำบากในการมีสมาธิ การนอนหลับ อารมณ์ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น จำแนกตามอายุและเพศ

หน่วย : ร้อยละ

องค์ประกอบด้านสุขภาพ	ชาย				หญิง			
	60-69 ปี (5,323)	70-79 ปี (3,372)	80+ ปี (690)	รวม (9,385)	60-69 ปี (5,635)	70-79 ปี (3,574)	80+ ปี (709)	รวม (9,918)
1. สมาธิและการจดจำ								
ขาดสมาธิ/ลืมกิจกรรมที่ต้องทำ	13.8	22.2	36.6	19.5	21.6	32.0	49.7	29.5
ยากต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่	18.0	28.4	51.3	25.8	29.4	45.3	62.0	39.7
2. การนอนหลับและกระปรี้กระเปร่า								
นอนหลับยาก/นอนไม่พอ	19.9	26.2	35.6	24.0	31.9	39.8	49.6	37.3
รู้สึกพักผ่อนไม่พอ/ไม่สดชื่น	11.3	15.3	23.8	14.3	20.0	23.9	32.1	23.2
3. อารมณ์								
เศร้าหมอง ซึม เหงา	8.8	10.3	14.3	10.0	14.8	18.8	20.6	17.0
กลัดกลุ้ม/วิตกกังวล	9.6	12.5	18.3	11.7	17.1	20.3	21.2	18.8
4. สัมพันธภาพกับผู้อื่น								
ยากต่อการสร้างสัมพันธภาพหรือร่วมกิจกรรมทางสังคม	4.3	7.3	19.5	7.3	6.3	11.0	22.4	10.4
ยากต่อการจัดการกับความขัดแย้งและความตึงเครียด	5.9	8.2	13.3	7.6	10.3	11.9	18.7	12.2

2. พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่

ความชุกและวิเคราะห์เชิงปริมาณของการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และบริโภคผัก ผลไม้อย่างไม่เพียงพอ

ผลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดในชายสูงอายุวัยต้นอยู่ที่ ร้อยละ 50.8 ลดลงในกลุ่มอายุต่อมา เป็นร้อยละ 36.3 และ 22.0 ในอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ ผู้หญิงดื่มน้อยกว่าผู้ชาย คือร้อยละ 18.9, 12.6 และ 10.0 ในสามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 4) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงการดื่มอย่างมีอันตรายโดยใช้เกณฑ์ที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุดื่มอย่างมีอันตรายต่อสุขภาพ (คือ ดื่มเอทานอลมากกว่า 20 กรัมต่อวันในผู้หญิง และมากกว่า 40 กรัมในผู้ชาย) ในชายสูงอายุ 60-69 ปี มีร้อยละ 5.2 (ตารางที่ 4)

ความชุกของการสูบบุหรี่ ในผู้สูงอายุชายพบร้อยละ 42.6 โดยรวม สูงกว่าผู้หญิงถึง 9 เท่า คือเพียงร้อยละ 5.5 เมื่อพิจารณาถึงการจำแนกตามกลุ่มอายุ มีรูปแบบเหมือนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ คือสูงสุดในผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) แล้วลดลงมากในอายุ 80 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 5)

จำนวนที่สูบบุหรี่ต่อวันต่อคนโดยเฉลี่ย คือ 10 มวนต่อวันในผู้สูงอายุชายวัยต้น ลดลงเป็น 9 มวนเท่ากันเมื่ออายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป สำหรับผู้หญิงแม้ว่าจะมีความชุกต่ำกว่าชายมาก แต่ผู้ที่กำลังสูบบุหรี่โดยเฉลี่ยจะสูบบุหรี่ประมาณ 5-6 มวนต่อวัน คล้ายกันทั้งสามกลุ่มอายุ ผู้หญิงสูงอายุในภาคเหนือและกรุงเทพมหานครมีความชุกสูงกว่าภาคอื่น ๆ⁽⁵⁾

กิจกรรมทางกาย พบว่าประชากรสูงอายุทั้งชายและหญิง มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง และระดับเพียงพอในผู้ชายวัยต้นเกินกว่าร้อยละ 90 ต่ำลงในกลุ่มอายุที่มากขึ้น และมีเพียงร้อยละ 67 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้หญิงสูงอายุมีระดับต่ำกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่า กล่าวคือ ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายไม่พอเพียงมี

ตารางที่ 4 ระดับของการดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศและอายุ

หน่วย : ร้อยละ

ระดับของการดื่ม	60-69 ปี		70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ไม่ดื่ม	49.2	81.1	63.7	87.4	78.0	90.0
ดื่มบ้าง	43.0	16.0	31.2	10.5	18.4	8.8
ดื่มอย่างอันตราย	5.2	1.0	2.4	0.7	1.0	0.6
ดื่มแต่ไม่ทราบปริมาณ	2.6	1.9	2.7	1.4	2.6	0.6
จำนวนตัวอย่าง	5,274	5,568	3,346	3,546	685	699



ตารางที่ 5 อัตราความชุกของพฤติกรรมเสี่ยง

หน่วย : ร้อยละ

พฤติกรรมเสี่ยง	อัตราความชุก									
	n	ชาย				หญิง				
		60-69	70-79	80+	รวม	n	60-69	70-79	80+	รวม
ดื่มแอลกอฮอล์	7,301	50.8	36.3	22.0	43.7	3,167	18.9	12.6	10.0	16.2
สูบบุหรี่	9,394	44.8	40.8	32.5	42.6	9,931	5.5	5.8	3.4	5.5
ออกกำลังกายไม่เพียงพอ	9,419	8.5	15.1	33.0	12.7	9,953	14.5	28.6	51.7	22.2
บริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ	9,068	83.8	87.6	89.6	85.1	9,510	82.8	87.6	89.4	85.0

ถึงร้อยละ 14.5, 28.6 และ 51.7 ในผู้สูงอายุหญิง 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปตามลำดับ (ตารางที่ 4) โดยรวมผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีกิจกรรมทางกายพอเพียงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลทั้งชายและหญิง

การบริโภคผักผลไม้ การวัดปริมาณ คือ การกินผลไม้และผักในระยะเวลา 1 สัปดาห์ จากการคำนวณค่าเฉลี่ยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ปรับเป็นจำนวนถ้วยมาตรฐานต่อวัน⁽¹³⁾ เมื่อถามว่า กินผลไม้อะไรบ้าง และแต่ละอย่างมีปริมาณโดยเฉลี่ยในการกินแต่ละวันเท่าใด แล้วจึงปรับเป็นจำนวนหน่วยมาตรฐาน และรวมผลไม้ทุกชนิดที่บริโภคเข้าด้วยกัน เป็นจำนวนหน่วยมาตรฐานต่อวัน

ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการบริโภคผักและผลไม้ในระดับที่ไม่เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ ต่ำกว่า 5 ถ้วยมาตรฐาน หรือ 400 กรัมต่อวัน พบถึงร้อยละ 80-90 ที่บริโภคไม่เพียงพอ คล้ายกันทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุ คือ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปโดยกลุ่มอายุสูงสุดนี้มีความไม่เพียงพอถึงร้อยละ 99

3. ความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญ

ได้นำเสนอโรคที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และภาวะซีดหรือโลหิตจาง ได้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยจากการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และผลตรวจเลือดจากห้องปฏิบัติการ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความชุกดังต่อไปนี้

ความดันโลหิตสูง เกณฑ์วินิจฉัย⁽¹⁴⁾ คือ ผู้ที่มีความดันซิสโตลิก สูงตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือผู้ที่ความดันไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

ความชุกของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยรวมผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายร้อยละ 52.2 และร้อยละ 50.7 ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุ พบความชุกต่ำสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปีทั้งชายและหญิง และสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ในผู้ชายความชุกเพิ่มจากร้อยละ

ตารางที่ 6 อัตราความชุกโรคเรื้อรังที่สำคัญ

หน่วย : ร้อยละ

โรคเรื้อรัง	อัตราความชุก								รวม
	ชาย				หญิง				
	60-69	70-79	80+	รวม	60-69	70-79	80+	รวม	
ความดันโลหิตสูง	47.3	52.2	59.4	50.7	48.1	54.2	61.8	52.2	51.6
ไขมันในเลือดสูง	20.2	16.1	15.8	18.4	32.8	30.3	27.4	31.1	25.4
เบาหวาน	13.8	12.3	10.1	12.7	18.9	15.7	9.2	16.1	14.8
โลหิตจาง	24.6	36.1	51.8	30.4	33.6	42.3	56.1	37.6	36.4

47.3 เป็น 59.4 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และในผู้หญิงเพิ่มจากร้อยละ 48.1 เป็น 61.8 จึงนับว่าผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงสุดต่อการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองและโรคหัวใจ (ตารางที่ 6)

ไขมันในเลือดสูง เมื่อใช้เกณฑ์วินิจฉัยคือ ผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลรวมทั้ง 240 mg/dl (5.7 mmol/l) ขึ้นไป หรือเป็นผู้ที่รักษาโดยกินยาลดไขมันในเลือด โดยรวมพบระดับไขมันในเลือดสูง ในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าผู้ชายเกือบสองเท่า คือร้อยละ 31.1 และร้อยละ 18.4 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ สูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี แล้วลดต่ำลงตามอายุที่สูงขึ้น และต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป คือร้อยละ 27.4 และ 15.8 ในผู้หญิงและผู้ชาย ตามลำดับ

โรคเบาหวาน เกณฑ์วินิจฉัย^(15,16) คือผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหรือ Fasting Blood Sugar (FBS) สูงกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dl หรือเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอินหรือยาฉีดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุชายและหญิงมีความชุกร้อยละ 12.7 และ 16.1 โดยรวมตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 13.8 ในชาย และร้อยละ 18.9 ในหญิง แล้วลดลงเป็นร้อยละ 10.1 ในชายกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และค่อนข้างใกล้เคียงกันกับผู้สูงอายุหญิงที่เป็นเบาหวานกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป คือ ร้อยละ 9.2

โลหิตจาง การวินิจฉัยภาวะโลหิตจาง ใช้การวัดความเข้มข้นของเลือดด้วยฮีมาโตคริต (Hct) หรือฮีโมโกลบิน (Hb) ใช้เกณฑ์ คือ ระดับ Hct < 39%, Hb < 13 gm% ในเพศชาย และ Hct < 36%, Hb < 12 gm% ในเพศหญิง หรือเป็นผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยา พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 30.4 และร้อยละ 37.6 ในชายและหญิงสูงอายุไทย หญิงสูงกว่าชายประมาณร้อยละ 10 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปีและ 70-79 ปี แต่ความชุกของหญิงและชายอายุ 80 ปีขึ้นไป ใกล้เคียงกัน

4. ภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ

ภาวะเรื้อรังอื่นๆ ที่เป็นภาวะเสี่ยงทางชีวภาพมีผลต่อสภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ ภาวะอ้วน อ้วนลงพุง และภาวะน้ำหนักน้อย (ผอม) ได้ข้อมูลจากการตรวจวัดน้ำหนัก และวัดเส้นรอบเอว รวมถึงการโรคมะเร็งประจำตัวหลายโรค และ กินยาหลายชนิดเป็นประจำ ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (ตารางที่ 7)



ตารางที่ 7 อัตราความชุกของโรคและภาวะเรื้อรัง

หน่วย : ร้อยละ

ภาวะเรื้อรัง	อัตราความชุก									
	ชาย					หญิง				
	n	60-69	70-79	80+	รวม	n	60-69	70-79	80+	รวม
อ้วน (BMI >30 kg/m ²)	9,366	2.9	1.7	1	2.3	9,873	8.6	5.4	2.5	7.0
เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน	9,366	21.1	16.0	10.6	18.5	9,873	47.1	38.2	27.8	42.5
ผอม (BMI <18.5 kg/m ²)	9,366	14.1	22.6	31.6	18.1	9,873	12.1	19.1	34	16.1
โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	9,419	81.4	86.4	91.5	85.2	9,953	88.9	91.1	94.1	90.5
การกินยาหลายชนิดประจำ	9,419	35.7	38.8	42.2	39.8	9,953	43.7	48.1	44.2	48.4
ปัญหาเรื่องฟัน										
- ฟันน้อยกว่า 20 ซี่	5,377	37.1	49.6	63.3	44.5	5,751	34.5	51	66	44.7
- ใส่ฟันปลอม	5,751	26.3	28.4	34.2	28.1	5,751	26.1	28.3	26.6	26.9

พบโรคอ้วน ในผู้สูงอายุชายและหญิง เท่ากับร้อยละ 2.3 และร้อยละ 7.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอายุ พบสูงสุดในผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) แม้ว่าจะค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 2.9 และร้อยละ 8.6 ในชายและหญิง แล้วลดต่ำลงตามอายุ เหลือร้อยละ 1 และ ร้อยละ 2.5 ในกลุ่มอายุสูงสุด (80 ปีขึ้นไป) เป็นที่น่าสังเกตว่ามีสัดส่วนคนอ้วนที่เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายทุกกลุ่มอายุ (ตารางที่ 7) ข้อมูลโรคอ้วนที่วัดโดยดัชนีมวลกาย สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน หรืออ้วนลงพุง ความชุกโดยรวมของผู้สูงอายุชายและหญิงเท่ากับร้อยละ 18.5 และร้อยละ 42.5 ตามลำดับ รูปแบบตามกลุ่มอายุคล้ายกันกับภาวะอ้วน แต่มีสัดส่วนคนอ้วนลงพุงในผู้หญิงสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชายทุกกลุ่มอายุ และพบความอ้วนลงพุงในผู้หญิงสูงอายุเป็นสองเท่าของชาย ภาวะผอมที่วัดด้วยดัชนีมวลกาย (< 18.5 kg/mm²) เพิ่มขึ้นตามอายุทั้งชายและหญิง ขนาดใกล้เคียงกัน ที่ร้อยละ 18.1 และ 16.1 ในชายและหญิงตามลำดับ โดยสรุป ผู้สูงอายุไทยยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งผอมทั้งสองเพศ

การมีโรคประจำตัวหลายโรค

โดยที่พบจากการวิจัยที่ผ่านมาว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยหลายโรคพร้อม ๆ กัน^(17,18) มีสูงสุดถึง 7-8 โรคในคนเดียวกันโดยเฉพาะวัยอายุสูงสุด จึงได้วิเคราะห์โดยการคัดผู้ตอบว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งใน 11 โรคหรืออาการที่พบบ่อย ซึ่งได้แก่ หอบหืด มะเร็ง โลหิตจาง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับไขมันในเลือดสูง ไตวาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ วัณโรค และข้อเสื่อม แล้วนับจำนวนโรคที่เป็นในคนเดียวกัน จำแนกตามอายุและเพศ พบว่าสัดส่วนรวมทุกอายุของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหลายโรคเท่ากับร้อยละ 90.5 เทียบกับชายร้อยละ 85.2 หญิงสูงกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ ประมาณร้อยละ 5 โดยเฉลี่ย (ตารางที่ 7) และพบจำนวนโรคที่เป็นในคนเดียวกันถึง 7 โรค ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยครั้งที่ 2⁽¹⁷⁾ ที่ทำให้ต้องกินยาหลายขนานพร้อมกันที่อาจเกิดผลต้านกันของยาแต่ละขนาน⁽¹⁸⁾ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนโรค

ที่เป็น พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนโรคมากกว่าชาย ระหว่างช่วงอายุ 60-79 ปี แต่ในกลุ่มอายุสูงสุดพบว่าไม่มี ความแตกต่างกันในค่าเฉลี่ยของจำนวนโรคที่เป็น ($p > 0.05$)

กินยาหลายชนิดเป็นประจำ

การใช้ยาเป็นประจำได้นิยามว่า "เป็นยาที่ต้องใช้ทุกวันติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน" และประเภท ของยา เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาบำรุง แต่ไม่นับรวมยาควบคุมโรคประจำตัว พบว่า ในผู้ชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ใช้ยาเป็นประจำร้อยละ 39.8 น้อยกว่าผู้สูงอายุหญิงซึ่งใช้ยาเป็นประจำร้อยละ 48.4 ถ้ารวมทั้งสองเพศก็จะมีประมาณ 2-3 ล้านคนที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีการใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง อายุที่ มากขึ้นมีสัดส่วนของการใช้ยาเป็นประจำเพิ่มมากขึ้นทั้งสองเพศ และเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และยาที่ใช้ ประจำมากที่สุดคือ ยาแก้ปวด ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ และยาบำรุง

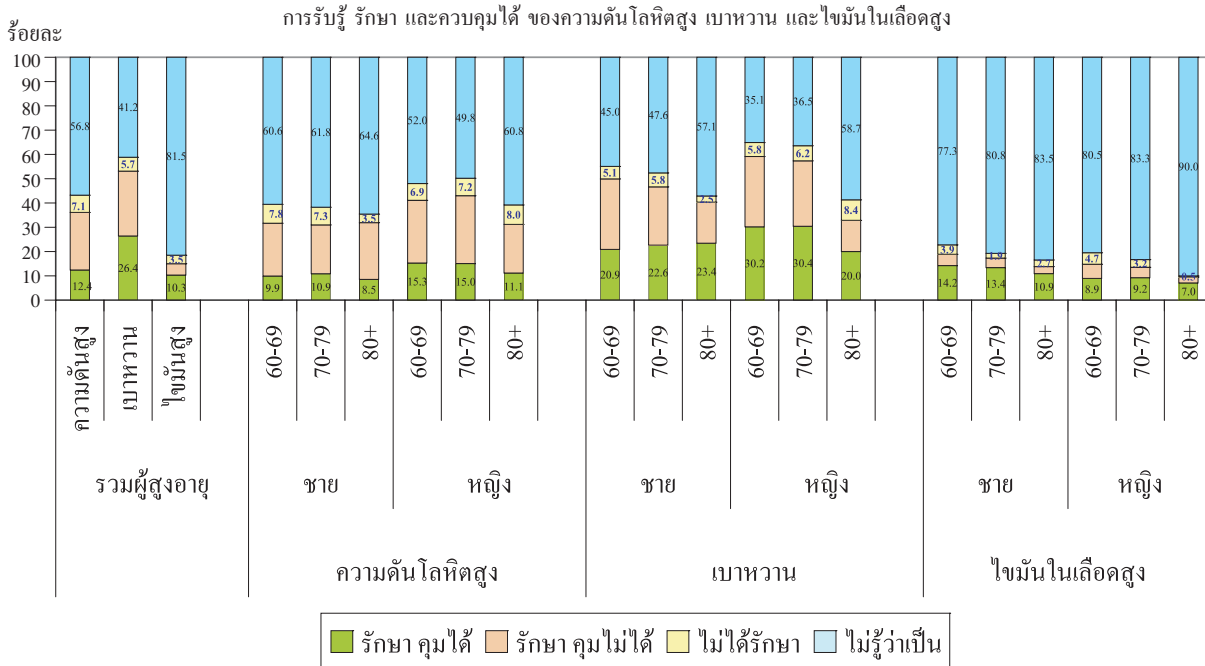
5. ระดับของการได้รับการรักษา และควบคุมได้

ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ของการดูแลและรักษาผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะ โรคเรื้อรัง ก็คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาและควบคุมได้ ที่สะท้อนถึงระดับความครอบคลุมและคุณภาพของบริการ ได้เลือกนำเสนอ 3 โรค คือ ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน เนื่องจากโรคเหล่านี้ตาม ธรรมชาติของการดำเนินโรคจะเริ่มอย่างเงียบ ๆ และติดต่อกันไปในระยะยาว ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุการตายนำของประเทศไทย เช่น เส้นเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด ไ้ตวาย และ อื่น ๆ

ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคทั้งสามดังกล่าวข้างต้นเป็น 4 กลุ่ม ตาม ผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ (1) ไม่เคยทราบว่าเป็นโรค (2) ทราบว่าเป็นแต่ไม่ได้รับการรักษา (3) รักษาแต่ควบคุมไม่ ได้ และ (4) รักษาและควบคุมได้

ความดันโลหิตสูง กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิต และในวันสัมภาษณ์ตรวจพบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโต ลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงนั้น โดยประมาณผู้สูงอายุที่ ไม่เคยรับรู้ตัวเองมีภาวะความดันโลหิตสูงมีถึงร้อยละ 56.8 และมีสัดส่วนต่ำกว่าในผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 50) เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่าสัดส่วนของผู้ไม่ทราบว่าตัวเองเป็นเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เหมือนกันทั้งชายและหญิง (รูปที่ 2) กลุ่มที่เคยตรวจและทราบว่าตัวเองเป็น แต่ไม่เคยรักษาพบประมาณ ร้อยละ 5-6 โดยแตกต่างกันน้อยมากตามกลุ่มอายุ ในกลุ่มที่พบว่าเป็นและได้รับการรักษา แต่ควบคุมไม่ได้ มี ถึงร้อยละ 20-23 ในผู้ชายและร้อยละ 26-30 ในกลุ่มผู้หญิงอายุ 70-79 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ ควบคุมไม่ได้สูงสุดในหญิง (ร้อยละ 28) สำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้พบร้อยละ 10 และร้อยละ 15 ในผู้ชายและผู้หญิง ตามลำดับ และต่ำในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปทั้งสองเพศ (รูปที่ 2)

ไขมันในเลือดสูง ที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วย ยาลดไขมัน และตรวจพบระดับคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) น้อยกว่า 240 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ในวันสัมภาษณ์ พบว่ามีถึงร้อยละ 80-90 ของตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดสูง ไม่เคยรู้ตัวมาก่อน ในกลุ่มที่ทราบว่าไม่ได้รับการรักษาไม่ถึงร้อยละ 10 โดยผู้หญิงต่ำกว่าผู้ชายเล็กน้อย ผู้ที่ ได้รับการรักษา และควบคุมได้มีอยู่ประมาณร้อยละ 10 ต่ำกว่าร้อยละ 10 ในผู้สูงอายุหญิง และต่ำสุดในกลุ่ม



รูปที่ 2 การรับรู้ การรักษา และการควบคุม ของผู้ป่วยความดันโลหิต คอเลสเตอรอลสูง และเบาหวาน

อายุสูงสุดเช่นเดียวกับความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวาน กลุ่มที่รักษาและควบคุมได้ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือฉีดอินซูลิน แล้วตรวจพบ Fasting Blood Sugar (FBS) ต่ำกว่า 126 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ในวันสัมภาษณ์โดยรวมร้อยละ 41 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานไม่เคยทราบว่าเป็นโรค คิดเป็นร้อยละ 46.9 และร้อยละ 37.7 ในชายสูงอายุและหญิงสูงอายุตามลำดับ กลุ่มที่ทราบว่าเป็นแต่ไม่ได้รับการรักษามีร้อยละ 6 ที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้โดยรวมมีสัดส่วนเท่ากันที่ร้อยละ 27 หรืออีกนัยหนึ่ง ผู้ที่ได้รับการรักษาและควบคุมเบาหวานได้มีประมาณร้อยละ 26 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ได้รับการรักษาทั้งหมด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าภาวะความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรู้ว่าเป็นเบาหวานมีสัดส่วนต่ำสุดในอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง แล้วสูงขึ้นตามลำดับตามอายุที่มากขึ้น ในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 57.1 และ 58.7 ในผู้สูงอายุชายและหญิง ที่ไม่เคยทราบและไม่เคยรักษา กลุ่มที่ทราบว่าเป็นแต่ไม่ได้รับการรักษามีสัดส่วนร้อยละ 5.7 กลุ่มที่รักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามกลุ่มอายุในผู้ชาย คือ ร้อยละ 20.9, 22.6 และ 23.4 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนตามอายุในผู้หญิงกลุ่มเดียวกันนี้คือ ร้อยละ 30.2, 30.4 และ 20.0 ตามลำดับ ผู้หญิงสูงกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ กลุ่มที่น่าเป็นห่วงคือรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ มีสัดส่วนสูงสุดในอายุ 60-69 ปี ทั้งสองเพศ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ที่น่าสังเกตคือกลุ่มอายุ 60-69 ปี จะมีผู้ที่รักษาแต่ควบคุมไม่ได้เท่ากันถึงร้อยละ 29.0 เท่ากัน ในผู้สูงอายุชายและหญิง (รูปที่ 2)

วิจารณ์และสรุปผล

เป้าหมายหลักสำหรับผู้สูงอายุ ก็คือการทำให้อาสาสมัครสามารถคงสภาพวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพได้ การเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยมาตรการหลัก 3 ประการ คือ (1) ลดโรคทางกาย จิต และประสาทสัมผัส (2) ลดภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน (3) ให้ความเกื้อหนุนที่เพียงพอด้านสังคม ได้แก่ หลักประกันรายได้ ที่อยู่อาศัย และสุขภาพ รายงานนี้ได้นำเสนอปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ ความชุกของโรคเรื้อรังสำคัญและระดับการได้รับการรักษาที่ควบคุมได้ เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดมาตรการป้องกันโดยลดการเกิดโรค ทำให้ระยะการเป็นโรคล้นลง และเพื่อลดภาวะเสื่อมถอยทุพพลภาพ

ปัญหาสุขภาพทางจิตใจสังคม ที่เกิดจากลักษณะของผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มอายุสูงสุด คือ การแยกตัวจากสังคมหรือเก็บตัว ซึ่งพบร้อยละ 7 และร้อยละ 10 ในชายและหญิง น่าจะมีสาเหตุจากอารมณ์ความรู้สึกของตนเองที่ยากต่อการสร้างสัมพันธภาพ โดยเฉพาะกับคนใหม่ ๆ งานใหม่ ๆ และความยุ่งยากต่อการจัดการกับความขัดแย้งหรือความตึงเครียดที่อาจเกิดขึ้นในการสังสรรค์สมาคมกับผู้อื่น พบว่าเกิดกับผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย

เกี่ยวกับการนอนไม่หลับหรือนอนไม่พอดูเหมือนผู้สูงอายุหญิงจะมีปัญหามากกว่าชาย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 35.6 และร้อยละ 49.6 ในชายและหญิงตามลำดับ ปัญหาจะเป็นที่มาของการพักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดความกระตือรือร้น การเก็บตัวอยู่แต่ลำพังจะเป็นเหตุให้มีอารมณ์เศร้าหมอง ซึมเหงา ตามที่พบบ่อยในคนวัยนี้ นับว่าเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับความสนใจจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันและลดปัญหาเหล่านี้ในผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ

พฤติกรรมเสี่ยง

ได้ใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ *คำนวณความชุก และปริมาณของการบริโภค ตามเกณฑ์มาตรฐาน* นำเสนอตามความเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ความไม่เพียงพอของกิจกรรมทางกาย และการบริโภคผักและผลไม้ พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดในชายสูงอายุวัยต้นอยู่ที่ร้อยละ 50.8 ลดลงในกลุ่มอายุต่อมาเป็นร้อยละ 36.3 และ 22.0 ในอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุหญิงดื่มน้อยกว่า คือร้อยละ 18.9, 12.6 และ 10.0 การดื่มอย่างมีอันตรายต่อสุขภาพ พบร้อยละ 5.2 ในผู้สูงอายุชายวัยต้น (60-69 ปี) การสูบบุหรี่ ในผู้สูงอายุชายพบร้อยละ 42.6 สูงกว่าผู้หญิงถึง 9 เท่า (5.5%) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ มีรูปแบบเหมือนการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนที่สูบต่อวันต่อคน คือ 9-10 มวนต่อวันในผู้สูงอายุชายสำหรับผู้สูงอายุหญิงแม้จะมีความชุกต่ำกว่าชายมาก แต่โดยเฉลี่ยจะสูบประมาณ 5-6 มวนต่อวัน กิจกรรมทางกาย แบ่งเป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมไม่เพียงพอ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ในผู้สูงอายุชายวัยต้นพบ ความชุก ในระดับปานกลางและเพียงพอ ร้อยละ 90 ต่ำลงในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ผู้หญิงสูงอายุมีระดับต่ำกว่าผู้ชายเกือบ 2 เท่า นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีการบริโภคผักและผลไม้ในระดับที่ไม่เพียงพอ คือ ต่ำกว่า 5 ถ้วยมาตรฐาน หรือ 400 กรัมต่อวัน ที่พบถึงร้อยละ 80-90 คล้ายกันทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุ

โดยสรุป ในขณะที่การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความชุกสูงสุดในผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) แล้วลดลงมากในอายุ 80 ปีขึ้นไป ในขณะที่การออกกำลังกาย ออกกำลังกายและการบริโภคผักและผลไม้ อยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอเป็นลำดับตามอายุ ปัญหาการขาดแคลนน่าจะเป็นเหตุของการกินไม่พอ ที่ร่วมกับความอยาก



อาหารที่ลดลง และทำให้พอมลงด้วย

ฟันเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำอาหารเข้าห่อเลี้ยงร่างกาย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุควรมีฟันสำหรับการบดเคี้ยวได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นเป้าหมายของการรักษาฟันให้อยู่ในสภาพดีตั้งแต่เริ่มต้น และหากมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ ควรได้รับการฟื้นฟูฟันปลอมเพื่อคงสภาพการทำหน้าที่ได้ จากการสำรวจโดยรวมพบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่มีประมาณร้อยละ 45 เท่ากันทั้งชายและหญิง กลุ่มนี้มีผู้ใส่ฟันปลอมประมาณร้อยละ 27-28 คิดเป็นอัตราส่วน 0.6 ของผู้ที่มีฟันไม่ครบ

ภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ ที่ได้แก่ โรคอ้วน ภาวะพอม เป็นหลายโรค กินยาหลายขนาน พบว่า (1) ความชุกโดยรวมของโรคอ้วน ในผู้สูงอายุชาย และหญิง เท่ากับร้อยละ 2.3 และ ร้อยละ 7.0 เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุหญิง อ้วนกว่าชายทุกกลุ่ม อายุ (2) ภาวะพอม มีความชุกไล่เรียงกัน ที่ร้อยละ 18.1 และ 16.1 ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งพอมทั้งสองเพศ (3) ร้อยละของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหลายโรคเท่ากับ 90.5 เทียบกับผู้สูงอายุชายร้อยละ 85.2 จำนวนโรคที่เป็นในคนเดียวกันถึง 7 โรค ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจครั้งที่ 2⁽¹⁹⁾ ที่ทำให้ต้องกินยาหลายขนานพร้อมกันที่อาจเกิดผลต้านกันของยาแต่ละขนาน⁽¹⁸⁾

กลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง โดยรวมพบว่า โรคเหล่านี้มีระดับความชุกต่อเนื่องมาจากวัยกลางคน เหมือนกันในทุกโรคทุกกลุ่มอายุ คือความชุกของหญิงสูงอายุสูงกว่าชาย แต่การได้รับการรักษาที่ควบคุมได้ก็สูงกว่า กล่าวคือ (1) ความชุกของความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณร้อยละ 50.7 และร้อยละ 52.2 ที่ได้รับรู้ตัวว่าเป็นเพียงร้อยละ 43.2 โดยรวมการได้รับการรักษาที่ควบคุมได้ในชายและหญิง พบร้อยละ 10 และ 15 (2) ความชุกระดับไขมันในเลือดสูง พบร้อยละ 16 และ 28 ในผู้สูงอายุหญิงและชาย โดยรวมร้อยละ 81.5 ไม่เคยรู้ตัวมาก่อน กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้มีเพียง ร้อยละ 10 โดยประมาณ และ (3) ความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 12.7 และ 16.1 พบกว่าครึ่ง ในผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงที่ไม่เคยได้รับการรักษา กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ร้อยละ 21-23 ในผู้ชาย และร้อยละ 20-30 ในผู้หญิง

น่าสังเกตว่าผู้ที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้มีสัดส่วนน้อยในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งน่าจะมาจากการขาดยาเพราะหลงลืม ขาดผู้ดูแล หรือเมื่อยาก็ได้ ความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยที่ผ่านมา⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้พบว่าความครอบคลุมของการรักษาในผู้สูงอายุหญิงจะสูงกว่าชาย ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะผู้สูงอายุหญิงให้ความสนใจกับตัวเองในเรื่องสุขภาพมากกว่าชาย

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับการวิจัยในประเทศอื่น ๆ^(20,21) ระดับความชุกของความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชายนั้นมีความคล้ายกันกับรายงานการวิจัยจากอินเดีย⁽²²⁾ และประเทศอื่น ๆ ในเอเชีย⁽²³⁾ แต่แตกต่างกับงานวิจัยจากยุโรปที่พบว่าความชุกของเบาหวานใกล้เคียงกันในผู้สูงอายุชายและหญิง⁽²⁴⁾

ในประเด็นของผู้สูงอายุไทยที่ไม่เคยรับรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงพบว่ามีสัดส่วนสูงคือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ป่วยด้วยทั้งสองโรคนี้ และจะส่งผลถึงการได้รับการรักษาที่ควบคุมได้มีสัดส่วนร้อยละต่ำมาก คือร้อยละ 10 และ 26 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานตามลำดับ เมื่อเทียบกับผลการวิจัยจากอินเดีย จีน และเกาหลี⁽²⁵⁾ มีผลคล้ายกัน ซึ่งตรงกันข้ามกับรายงานวิจัยจากยุโรป (เนเธอร์แลนด์

และเบลเยียม) และสหรัฐอเมริกา^(24,26-29)

มีผลงานวิจัยที่แสดงว่า การได้รับการรักษาเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ จะสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะตามมาอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุการตายได้^(29,30) ในขณะเดียวกันก็พบว่า การได้รับการรักษาที่ควบคุมได้ของโรคทั้งสองนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของประชากรและของถิ่นที่อยู่อาศัย⁽²⁴⁾ โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ อยู่ในเขตชนบท หรือชุมชนชายขอบเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาส ซึ่งพบว่ามี ความชุกของโรคสูงและเสี่ยงต่อการได้รับบริการคุณภาพต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ⁽³⁰⁾ จึงไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการวิจัยเหล่านี้สะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มด้อยโอกาสเหล่านี้ หรือแม้เข้าถึงได้ ก็อาจมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ

อัตราการเกิดโรคและความชุกในผู้สูงอายุล้วนเป็นการสะสมมาตั้งแต่วัยกลางคน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโรคที่ได้สะสมไว้หลายโรคซึ่งพบระดับเดียวกันกับการสำรวจที่ผ่านมา^(17,19) เป็นตัวชี้วัดได้ว่ามาตรการเพื่อลดอุบัติการณ์ และความชุกของโรคเรื้อรังต่าง ๆ จำเป็นต้องเริ่มอย่างจริงจังตั้งแต่วัยกลางคน โดยเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงและกลุ่มโรคที่เป็นสภาวะเสี่ยงต่อโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของทุพพลภาพระยะยาวและการเสียชีวิต ตัวอย่างเช่น หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดในสมองแตกนั้น เป็นผลมาจากการมีกิจกรรมทางกายและบริโภคผักผลไม้ไม่พอเพียง สูบบุหรี่และดื่มเหล้าในระดับเสี่ยง ทำให้เกิดสภาวะเสี่ยงทางชีวภาพต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน นอกจากนี้โรคทางจิตและอารมณ์ได้แก่ โรคซึมเศร้าและสมองเสื่อม พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยความชุกเพิ่มตามอายุ เหล่านี้ล้วนเป็นภาวะโรคราคาแพงและต้องการการดูแลรักษาประคับประคองเป็นเวลายาวนาน ข้อค้นพบที่สำคัญคือการได้รับการรักษาที่ควบคุมโรคได้ยังมีสัดส่วนต่ำมาก อาจเป็นเพราะผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจเรื่องโรคที่ตนเป็น เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ หรือบริการยังขาดคุณภาพ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับวัยสูงอายุจึงควรเป็นมาตรการเพื่อลดสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยรู้ตัวว่าเป็นโดยการตรวจคัดกรองประจำปี อย่างน้อยที่สุดสำหรับกลุ่มเสี่ยง และเพิ่มคุณภาพ ความครอบคลุม และประสิทธิภาพของการดูแลระยะยาวในสถานบริการทุกระดับ โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มสัดส่วนการตรวจคัดกรอง และติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและควบคุมได้ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2548-2550⁽³¹⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ ทัวราชอาณาจักร พ.ศ. 2513-2543. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2543.
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2546.



3. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543: สภาวะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
4. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สุขภาพกับผู้สูงอายุ ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พานานิรามย์ และคณะ, บรรณาธิการ. ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
6. World Health Organization. World Health Survey 2002-2003. [cited 2007 Jan 15]; Available from: URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey>
7. Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jernigan D, Frick U, et al. Alcohol use. In: Ezazati M, Lopez AD, Rogers A, Murray CJL, editors. Comparative quantitation of health risks, global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors. Vol. 1. Geneva: WHO 2004. p. 959-1108.
8. Ezaati M, Lopez AD. Smoking and oral tobacco use. In: Ezazati M, Lopez AD, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 883-957.
9. Doll R, Peto R. Cigarette smoking bronchial carcinoma dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. J Epidemiol Community Health 1978; 32:303-13.
10. Bull FC, Armstrong TP, Dixon T, Ham S, Neiman A, Pratt M. Physical inactivity. In: Ezazati M, Lopez AD, Rogers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 729-882.
11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 2000.
12. Dobbeltsteyn CJ, Joffres MR, Maclean DR, Flowerdew G. A comparative evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as indicators of cardiovascular risk factors. The Canadian heart health surveys. Int J Obes Relat Metab Disord 2001; 25(5):652-61.
13. Lock K, Pomerleau J, Causer L, McKee M. Low fruit and vegetable consumption. In: Ezazati M, Lopez AD, Rogers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks, global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1. Geneva: WHO, 2004.
14. Lawes CM M, Hoorn SV, Law MR, Elliott P, MacMahon S, Rodgers A. High blood pressure. In: Ezazati M, Lopez AD, Rogers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors. Vol. 1. Geneva: World Health Organization; 2004.
15. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. [cited 2007 Jan 15]; Available from: URL :http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/29/suppl_1/s43
16. World Health Organization. Diabetes mellitus. Sept. 2006. [cited 2007 Jan 15]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs321/en/index.html>
17. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540. นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข; มปป.
18. Assantachai P, Maranetra N. National survey of the health status and quality of life of the elderly in Thais attending clubs for elderly. J Med Assoc Thai 2003; 86:938-46.
19. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โอเอสดีค; 2542.
20. Primates P, Brookes M, Poulter NR. Improved hypertension management and control: results from the health survey for England 1998. Hypertension 2001; 38:827-32.
21. Brindel P, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Lacombe JM, Ducimetiere P, et al. 3C study investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City study. J Hypertens 2006; 24:29-31.
22. Hypertension Study Group. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among the elderly in Bangladesh and India: a multicentre study. Bull World Health Organ 2001; 79(6):490-500.
23. Kim SM, Lee JS, Lee J, Na JK, Han JH, Yoon DK, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Korea:

- Korean National Health and Nutrition Survey 2001. *Diabetes Care* 2006; 29:226-31.
24. van Rossum CT, van de Mheen H, Witteman JC, Hofman A, Mackenbach JP, Grobbee DE. Prevalence, treatment, and control of hypertension by sociodemographic factors among the Dutch elderly. *Hypertension* 2000; 35:814-21
 25. Gu D, Reynolds K, Duan X, Xin X, Chen J, Wu X, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the Chinese adult population: international collaborative study of cardiovascular disease in Asia (InterASIA). *Diabetologia* 2003; 46:1190-8.
 26. Trenkwalder P, Ruland D, Stender M, Gebhard J, Trenkwalder C, Lydtin H, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a population over the age of 65 years: results from the Starnberg Study on Epidemiology of Parkinsonism and Hypertension in the Elderly (STEPHY). *J Hypertens* 1994; 12:709-16.
 27. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. *JAMA* 2003; 290:199-206.
 28. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelgau MM, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. population: National Health And Nutrition Examination Survey 1999-2002. *Diabetes Care* 2006; 29:1263-8.
 29. Antikainen RL, Moltchanov VA, Chukwuma C Sr, Kuulasmaa KA, Marques-Vidal PM, Sans S, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO MONICA Project. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13:13-29.
 30. Leino M, Raitakari OT, Porkka KV, Taimela S, Viikari JS. Associations of education with cardiovascular risk factors in young adults: the cardiovascular risk in young Finns study. *Int J Epidemiol* 1999; 28:667-75.
 31. ศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง. ยุทธศาสตร์ชาติ “เมืองไทยแข็งแรง Healthy Thailand 2548-2550”. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2548.