



ความสัมพันธ์ของการป่วยด้วยโรคเดี่ยวหรือโรคร่วมและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ ไทยมุสลิมในจังหวัดนราธิวาส : การศึกษาภาคตัดขวางระดับชุมชน

The Relationship of Morbidity or Comorbidity and Health Behaviors among the Muslim Elderly in Narathiwat: A Community Cross-Sectional Study

พนม สุขจันทร์^{*1}, สุพัตน์ ศรีสวัสดิ์¹, กัลยาณี อาสนศักดิ์¹, ปนัดดา โคนันท์, ชูบิร ดิง¹, อานัส เจ๊ะอูเซ็ง¹
Phnom Sukchan^{*1}, Supath Srisawat¹, Kalayanee Asanasa², Panadda Konandana², Zubir Ding¹, Anas Jaeuseng¹

(Received: November 18, 2021; Revised: June 21, 2022; Accepted: August 15, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ ความชุกของการป่วยและโรคร่วม พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคและโรคร่วมในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่ภาคใต้ของ ประเทศไทย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางระดับชุมชน สุ่มเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ใน จังหวัดนราธิวาส 517 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ค่าความเชื่อมั่น KR-20 มากกว่า 70 และคัดกรองสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยสถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา และ Logistic Regression แสดงความสัมพันธ์ของ ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วย (aOR) และ 95%CI ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคอ้วนและโรคอ้วนลง พุง มีเส้นรอบเอวที่เกินกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (60.8%) และสองในสามมีโรคประจำตัว ความ ชุกของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ป่วยด้วยโรคเดี่ยว และป่วยด้วยโรคร่วม ร้อยละ 31.4, 51.8 และ 16.8 ตามลำดับ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเมตาบอลิกที่พบบ่อยที่สุด (57.8, 11.4%) ลักษณะ พื้นที่ที่ เพศ ช่วงอายุ และค่า BMI เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตภาคใต้จังหวัดนราธิวาส มีอัตราการป่วยด้วยกลุ่มโรคเมตาบอลิกและกลุ่ม โรคหัวใจและหลอดเลือด การควบคุม BMI ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและการ ส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตมีผลต่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้

คำสำคัญ: การป่วย การป่วยด้วยโรคร่วม พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

¹คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

¹Faculty of Medicine, Princess of Naradhiwas University

²ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสงขลา

²Medical Education Center Songkhla Hospital, Songkhla Thailand

*Corresponding Author: phnom.s@pnu.ac.th



Abstract

The purpose of this study was to study the health status and prevalence of morbidity and co-morbidities, health behaviors, and risk factors affecting morbidity and co-morbidity among the elderly in southern Thailand. The community cross-sectional survey was conducted in the sample aged 60 years and over, living in Narathiwat province. 517 elderly people were randomly sampled. The data gathering instrument used a questionnaire in which the KR-20 index value was greater than 70 and screening for general health problems. Baseline data were analyzed by descriptive statistic (Chi-square or Fisher-test) and logistic regression analysis used to identify the relationship of risk factors affecting morbidity with the likelihood ratio (Adjusted Odds Ratio (aOR)) and 95% CI.

The results showed that the health status of the most of elderly was obese and metabolic syndrome. The mean BMI was 23.7 kg/m^2 . The waist circumference of most females had exceeded the Ministry of Health's guidelines (60.8%), and two-thirds had at least one underlying disease. The prevalence of healthy elderly, with at least a morbidity and co-morbidity, were 31.4%, 51.8%, and 16.8%, respectively. The most common elderly morbidity was metabolic syndrome which was led by diabetes and hypertension (57.8 percent and 11.4), respectively. Community area, gender, age range and BMI were statistically significant factors affecting elderly morbidity.

The morbidity among elderly people living in the southern region of Thailand was metabolic syndrome and cardiovascular disease. BMI control, improper health behavior modification, and physical and mental health promotion affect the good health of the elderly in these areas.

Keywords: Morbidity, Comorbidity, Health behaviors, Elderly

บทนำ

ผลจากการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีรวมทั้งความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโลกและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั่วถึง ทำให้ประชากรโลกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและส่งผลถึงการมีอายุยืนยาวมากขึ้น (United Nation, Department of Economic and Social Affairs, 2019) จากข้อมูลพบว่าอายุขัยเฉลี่ย (Life Expectancy) ของประชากรโลกปัจจุบันเท่ากับ 71.3 ปี United Nation (UN) ได้คาดการณ์อายุเฉลี่ยของประชากรทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 77.1 ปี ในปี 2050 (United Nation, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019) และผลจากการที่ประชากรโลกมีอายุขัยที่สูงขึ้นทำให้สัดส่วนโครงสร้าง



ประชากรของโลกเปลี่ยนแปลงไป องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในอีก 3 ทศวรรษ จำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกจะเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่า หรือประมาณ 1.5 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 โดยทุกพื้นที่ของโลกขนาดของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะทวีปแอฟริกาเหนือ เอเชีย แอฟริกาใต้และสสารา (World Health Organization, 2015; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2020)

องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้กำหนดเกณฑ์สัดส่วนจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรในประเทศ จะถือว่าเป็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และการมีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดจะถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) จากสถิติของ Health Diseases Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศรวม 9,260,318 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด (Ministry of public health, Health data center, 2021(a)) จากข้อมูลดังกล่าว ถือว่าประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2019)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสภาวะของร่างกาย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง ระบบและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงไปตามลำดับ (Bechtold, Palmer, Valtos, Iasiello, & Sowers, 2006) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเริ่มพบปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นเช่น ปัญหาสายตาและการมองเห็น ประสิทธิภาพการได้ยิน ผิวหนังที่เหี่ยวย่น ความไม่คล่องตัวในการใช้ชีวิต การเสื่อมของกระดูก การเสื่อมของหลอดเลือด ที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและการป่วยด้วยโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคเมตาบอลิกซินโดรม (Bechtold et al., 2006) ซึ่งเกิดจากการทำงานของระบบเผาผลาญสารอาหารในร่างกายเริ่มเสื่อมลงเกิดการทำงานที่ผิดปกติ จนนำไปสู่การมีภาวะของสารอาหารที่ไม่สมดุลในร่างกาย เช่น โรคอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะนำไปสู่การมีประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินที่ลดลงและเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes mellitus) หรือกลุ่มโรคร่วมอื่น ๆ (Comorbidity) (Nirattisai, 2018)

ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมามีประชากรผู้สูงอายุ 76,519 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 ของประชากรทั้งหมด จึงถือได้ว่าพื้นที่นี้เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ministry of public health, Health data center, 2021(b)) และจากสถิติข้อมูลการป่วยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเมตาบอลิกซินโดรม คือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 11.5 และ 4.0 ตามลำดับ (Ministry of public health, Health data center, 2021(c, d)) ซึ่งการป่วยดังกล่าวมีผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (da Luz, Hay, Touyz, & Sainsbury, 2018) ประกอบกับการที่พื้นที่จังหวัดนครราชสีมา



เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะ คือประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม วัฒนธรรมประเพณีและวิถีชีวิตแตกต่างจากกลุ่มประชากรพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการป่วยด้วยโรคและศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อการป่วยและป่วยด้วยโรคร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลและสามารถนำไปวางแผนประยุกต์ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ต่อไป (Nualsithong, Sawatsing, Buajan, & Petmui, 2019)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและความชุกของการป่วยโรคและกลุ่มโรค พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคและโรคร่วมในผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดนราธิวาส ภาคใต้ของประเทศไทย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้จะเป็นการศึกษาในรูปแบบภาคตัดขวางระดับชุมชน (Cross-section study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความชุกของโรคเมตาบอลิกซินโดรม พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคและโรคร่วมในผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ภาคใต้ของประเทศไทย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2560 การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (PNU 2017-002)

พื้นที่การศึกษา

พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลคือ จังหวัดนราธิวาส โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่ประชาชนนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 98 สัดส่วนประชากรที่ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า รวมทั้งผลผลิตมวลรวมและรายได้ครัวเรือนที่ต่ำกว่าพื้นที่อื่นของประเทศไทย มีสัดส่วนจำนวนทางแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลต่อประชากร ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้แบ่งกลุ่มของพื้นที่เป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะของชุมชน ได้แก่ ชุมชนชนบท ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และชุมชนเมือง โดยใช้ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่และความครอบคลุมของสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐานในพื้นที่คือ 1) ชุมชนชนบท เลือกมาจากการสุ่มจาก 11 อำเภอ โดยสุ่มคัดเลือกได้อำเภอตากใบ และสุ่มมา 2 ตำบลคือ บางขุนทอง และไพรวัน จากนั้นเลือกสุ่ม 2 หมู่บ้านจากแต่ละตำบล คือ โคกงู และโคกขุมบกของตำบลบางขุนทอง และ ทราขาว และตอหลังของ



ตำบลไพรวัน 2) ชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท เลือกจากการสุ่มจาก 2 อำเภอ ได้แก่ เมืองนราธิวาส และ สุไหงโกดก และสุ่มได้พื้นที่อำเภอเมืองนราธิวาส จากนั้นสุ่ม 1 จาก 6 ตำบล โดยสุ่มได้ตำบลโคกเกียน และสุ่มพื้นที่ 4 ชุมชนจาก 9 หมู่บ้าน คือ โคกป่าคา ปือราเป๊ะ ทุ่งกง และสุเตงวอ 3) ชุมชนเมือง ทำการสุ่มคัดเลือกมาจากชุมชนในเขตเทศบาลเมืองนราธิวาส จำนวน 4 จาก 35 ชุมชน คือ ชุมชนยะกัง กาเลตาแป สมัยอาณาจักร และ ณ.นคร

กลุ่มตัวอย่างศึกษาและการคัดเลือก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนราธิวาส โดยกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนราธิวาสมาไม่น้อยกว่า 10 ปี สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้และไม่มีภาวะการป่วยหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล ส่วนกลุ่มที่ไม่ยินยอมในการให้ข้อมูลหรือเปิดเผยข้อมูล จะคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาโดยใช้ค่าสัดส่วนผลข้อมูลการป่วยในกลุ่มโรคเมตาบอลิซึมของระดับประชากร $N = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$ จากข้อมูลพื้นฐานที่พบการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.3 ($P=0.193$) (Lasing, Glangkarn, & Tongsi, 2020) ค่ามาตรฐานสำหรับค่า Z ที่ระดับความผิดพลาดรูปแบบที่ 1 ที่ 99% ($z = 1$) ขนาดอิทธิพลของรูปแบบการศึกษาเท่ากับ 2 และค่าความแม่นยำของข้อมูลเท่ากับ 6.0% ($d = 0.06$) เนื่องจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นการใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล จึงมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลได้ประมาณร้อยละ 5 (5%) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะมีจำนวนทั้งสิ้น 604 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ทีมนักวิจัยได้สร้างขึ้นและผ่านการตรวจพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 คน และได้ดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพได้ค่าความเชื่อมั่นของค่าดัชนี KR-20 มากกว่า 70 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานบุคคล ข้อมูลเศรษฐกิจฐานะข้อมูลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และหนี้ภาระ ส่วนที่ 2) ข้อมูลการป่วยและสถานะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลการตรวจสุขภาพ ข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลการป่วยด้วยโรคประจำตัวและโรคร่วม ส่วนที่ 3) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลการสูบบุหรี่ ข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลการ



ออกกำลังกาย ข้อมูลการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ข้อมูลการดื่มชา/กาแฟ และข้อมูลการบริโภคอาหารแต่ละประเภท คืออาหารประเภทต้ม ทอด ปิ้งย่าง และนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลแล้วจะมีการตรวจสอบ ความถูกต้อง ครบถ้วนและความสมบูรณ์โดยทีมนักวิจัยมีการตรวจสอบไขว้ระหว่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลพื้นฐาน (Descriptive analysis) คือ ค่าสถิติจำนวนและสถิติวิเคราะห์ Chi-square หรือ Fisher's Exact Test ตามความเหมาะสม ส่วนการทดสอบเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคและโรคร่วมในผู้สูงอายุ ใช้สถิติวิเคราะห์ Logistic Regression และแสดงค่า Likelihood ratio ด้วยค่า Adjusted Odds Ratio (aOR) และค่า 95% CI

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับคัดกรองคุณสมบัติ 604 คน ผ่านเกณฑ์และตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์จำนวน 517 คน (85.6%) โดยประมาณหนึ่งในสาม เป็นเพศหญิง (59.2%) อาศัยในชุมชนเมืองมากที่สุด (40.8%) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.6 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว (57.1%) การศึกษาในระดับสูงสุดคือ ประถมศึกษา (63.8%) อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทมากที่สุด (63.8%) ประมาณสองในสาม มีลักษณะโครงสร้างครอบครัวที่มีการอาศัยร่วมกับคู่สมรส บุตรหรือหลาน (92.3%) ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นคู่สมรส บุตรหรือหลาน (79.5%) มีรายได้เฉลี่ย 4,990 บาท อาชีพเกษตรกรรม (31.9%) ประมาณหนึ่งในสี่มีแหล่งรายได้จากบุตร (25.7%) มากกว่าครึ่งไม่มีภาระหนี้ต้องชำระ (55.3%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะพื้นฐานบุคคลของกลุ่มตัวอย่างศึกษา

ลักษณะพื้นฐานบุคคล (n=517)	จำนวน (ร้อยละ)	ชนบท	ลักษณะพื้นที่ กึ่งเมืองกึ่งชนบท	เมือง	p-value
เพศ					
ชาย	211 (40.8)	100 (47.4)	30 (14.2)	81 (38.4)	0.0210*
หญิง	306 (59.2)	113 (36.9)	68 (22.2)	125 (40.8)	
อายุ (ปี)					
60-69	243 (47)	88 (36.2)	44 (18.1)	111 (45.7)	0.1340
70-79	181 (35)	81 (44.8)	36 (19.9)	64 (35.4)	
≥80	93 (18)	44 (47.3)	18 (19.4)	31 (33.3)	
Mean= 71.65, S.D.= 8.2, Min-Max= 60-103					



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐานบุคคล (n=517)	จำนวน (ร้อยละ)	ชนบท	ลักษณะพื้นที่ กิ่งเมืองกิ่ง ชนบท	เมือง	p-value
สถานภาพสมรส					
โสด	9(1.7)	2 (22.2)	2 (22.2)	5 (55.6)	<0.001***t
สมรส	295 (57.1)	146 (49.5)	45 (15.3)	104 (35.3)	
อื่น ๆ ¹	213 (41.2)	65 (30.5)	51 (23.9)	97 (45.5)	
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	124 (24.0)	20 (16.1)	32 (25.8)	72 (58.1)	<0.001***
ประถมศึกษา	330 (63.8)	190 (57.6)	59 (17.9)	81 (24.5)	
มัธยมศึกษา	35 (6.8)	2 (5.7)	4 (11.4)	29 (82.9)	
อุดมศึกษา	28 (5.4)	1 (3.6)	3 (10.7)	24 (85.7)	
ผู้ดูแลหลัก					
อยู่คนเดียว	27 (5.2)	6 (22.2)	11 (40.7)	10 (37)	<0.001***t
คู่สมรส บุตร หรือหลาน	477 (92.3)	206 (43.2)	85 (17.8)	186 (39)	
อยู่กับคนอื่น	13 (2.5)	1 (7.7)	2 (15.4)	10 (76.9)	
ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด					
ไม่มี	78 (15.1)	22 (28.2)	10 (12.8)	46 (59)	<0.001***
คู่สมรส บุตร หรือหลาน	411 (79.5)	184 (44.8)	79 (19.2)	148 (36)	
อื่น ๆ	28 (5.4)	7 (25)	9 (32.1)	12 (42.9)	
รายได้ (บาท)					
< 5000	364 (70.4)	141 (38.7)	74 (20.3)	149 (40.9)	0.0151*t
5000-15000	129 (25)	68 (52.7)	21 (16.3)	40 (31)	
> 15000	24 (4.6)	4 (16.7)	3 (12.5)	17 (70.8)	
Mean= 4,990, S.D.=5,819.3, Min-Max= 200-65,000					
อาชีพ					
เกษตรกรรวม	165 (31.9)	136 (82.4)	23 (13.9)	6 (3.6)	<0.001***
ค้าขาย	49 (9.5)	3 (6.1)	11 (22.4)	35 (71.4)	
รับจ้าง	41 (7.9)	6 (14.6)	10 (24.4)	25 (61)	
อื่น ๆ	262 (50.7)	68 (26)	54 (20.6)	140 (53.4)	



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะพื้นฐานบุคคล (n=517)	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะพื้นที่			p-value
		ชนบท	กิ่งเมืองกิ่งชนบท	เมือง	
แหล่งรายได้					
การทำงาน	197 (38.1)	109 (55.3)	35 (17.8)	53 (25.7)	<0.001***
เบี้ยยังชีพจากทางราชการ	127 (24.6)	53 (41.7)	33 (26)	41 (32.3)	
บุตร	133 (25.7)	39 (29.3)	20 (15)	74 (55.6)	
อื่น ๆ	60 (11.6)	12 (20)	10 (16.7)	38 (63.3)	
ภาระหนี้ ²					
มีภาระหนี้	231 (44.7)	102 (44.2)	39 (16.9)	90 (39)	0.3840
ไม่มีภาระหนี้	286 (55.3)	111 (38.8)	59 (20.6)	116 (40.6)	

¹หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่; ²คำนวณจากหนี้ที่ตนเองมี รวมกับหนี้ของคู่สมรส ลูก และหลาน

³Fisher's Exact Test; *** p-value < 0.001 ** p-value < 0.01 * p-value < 0.05

การป่วยด้วยโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการป่วยสูงสุด (57.8%) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยในชุมชนชนบท (46.2%) ตามด้วยการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (11.4%) มาจากชุมชนเมืองมากที่สุด (45.8%) และรองลงเป็นโรคหัวใจ โรคที่มีการป่วยที่พบน้อยคือ โรคไตวายเรื้อรัง โรคนี้ในทางเดินปัสสาวะ กลุ่มโรคจิตเวช โรคโลหิตจาง การป่วยด้วยกลุ่มโรคเมตาบอลิกพบสูงที่สุด รองลงมาคือหัวใจและหลอดเลือด ส่วนกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องไตและทางเดินปัสสาวะ และกลุ่มเกี่ยวข้องจิตเวช มีการป่วยน้อยที่สุด โดยในกลุ่มโรคเมตาบอลิก โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีการป่วยมากที่สุด (57.8%) และโรคเบาหวาน (11.4%) ส่วนโรคหัวใจเป็นโรคที่มีการป่วยมากที่สุดในกลุ่มเกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือด (4.3%) และโรคไขมันในเส้นเลือด (2.1%)

ข้อมูลการจำแนกการป่วยด้วยโรคของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 31.4 เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ไม่พบการป่วยด้วยโรคใด ๆ และประมาณครึ่งหนึ่งป่วยด้วยโรคเดียวหรือโรคใดโรคหนึ่ง (Morbidty) (51.8%) โดยพบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทมากที่สุด (46.6%) รองลงมาคือชุมชนเมือง (39.5%) และพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคร่วมหรือพบการป่วยด้วยโรคอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป (Comorbidity) จำนวน ร้อยละ 16.8% ส่วนใหญ่พบในชุมชนเมืองมากที่สุด (50.6%) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ข้อมูลการป่วยด้วยโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

การป่วยด้วยโรค 10 อันดับ	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะพื้นที่			p-value
		ชนบท	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	เมือง	
ความดันโลหิตสูง	299 (57.8)	138 (46.2)	50 (16.7)	111 (37.1)	-
เบาหวาน	59 (11.4)	24 (40.7)	8 (13.6)	27 (45.8)	
หัวใจ	22 (4.3)	8 (36.4)	1 (4.5)	13 (59.1)	
เข้า/โรคเก๊าท์	12 (2.3)	4 (33.3)	0 (0)	8 (66.7)	
ไขมันในเส้นเลือด	11 (2.1)	3 (27.3)	0 (0)	8 (72.7)	
กระเพาะอาหาร	11 (2.1)	2 (18.2)	2 (18.2)	7 (63.6)	
หอบหืด	8 (1.5)	3 (37.5)	2 (25)	3 (37.5)	
ข้อเสื่อม	4 (0.8)	0 (0)	0 (0)	4 (100)	
ภูมิแพ้	4 (0.8)	2 (50)	0 (0)	2 (50)	
อัมพฤกษ์	3 (0.6)	1 (33.3)	0 (0)	2 (66.7)	
ข้อมูลการป่วยตามกลุ่มโรค ¹					
เมตาบอลิก*					
เบาหวาน	59 (11.4)	24 (40.7)	8 (13.6)	27 (45.8)	0.4460
ความดันโลหิตสูง	299 (57.8)	138 (46.2)	50 (16.7)	111 (37.1)	0.0250*
กล้ามเนื้อและกระดูก*					
เข้า/โรคเก๊าท์	12 (2.3)	4 (33.3)	0 (0)	8 (66.7)	0.0896 ^t
ข้อเสื่อม	4 (0.8)	0 (0)	0 (0)	4 (100)	0.0477* ^t
หัวใจและหลอดเลือด					
หัวใจ	22 (4.3)	8 (36.4)	1 (4.5)	13 (59.1)	0.0902 ^t
ไขมันในเส้นเลือด	11 (2.1)	3 (27.3)	0 (0)	8 (72.7)	0.0635 ^t
โรค STORKE					
อัมพฤกษ์	3 (0.6)	1 (33.3)	0 (0)	2 (66.7)	0.7969 ^t
ทางเดินอาหาร					
กระเพาะอาหาร	11 (2.1)	2 (18.2)	2 (18.2)	7 (63.6)	0.2071 ^t
ลำไส้	2 (0.4)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0.3435 ^t
ไตและทางเดินปัสสาวะ					
ไตวายเรื้อรัง	1 (0.2)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1.0000 ^t
ไต	3 (0.6)	0 (0)	1 (33.3)	2 (66.7)	0.3160 ^t
ปัสสาวะ/นิ่ว	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0.5880 ^t



ตารางที่ 2 (ต่อ)

การป่วยด้วยโรค 10 อันดับ	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะพื้นที่			p-value
		ชนบท	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	เมือง	
ระบบสืบพันธุ์					
ต่อมลูกหมาก	2 (0.4)	1 (50)	0 (0)	1 (100)	1.0000
จิตเวช					
ประสาทอ่อน	1 (0.2)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1.0000 ^t
ซึมเศร้า	1 (0.2)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1.0000 ^t
เนื้องอกและมะเร็ง					
มะเร็ง	2 (0.4)	1 (50)	0 (0)	1 (50)	1.0000 ^t
โรคไม่ติดต่่อื่น ๆ					
หอบหืด	8 (1.5)	3 (37.5)	2 (25)	3 (37.5)	0.8076 ^t
ภูมิแพ้	4 (0.8)	2 (50)	0 (0)	2 (50)	1.0000 ^t
ไทรอยด์	2 (0.4)	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0.1870 ^t
โลหิตจาง	1 (0.2)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1.0000 ^t
โรคอื่น ๆ	3 (0.6)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	0.6005 ^t
การจำแนกผู้ป่วยด้วยโรคของผู้สูงอายุ ²					
ไม่ป่วย	162 (31.4)	56 (34.6)	42 (25.9)	64 (39.5)	0.0138*
ป่วยด้วยโรคเดียว (Morbidity)	268 (51.8)	125 (46.6)	45 (16.8)	98 (36.7)	0.0320*
ป่วยด้วยโรคร่วม (Comorbidity)*	87 (16.8)	32 (36.8)	11 (12.6)	44 (50.6)	0.0570

¹จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนั้น/จำนวนคนไม่ป่วยด้วยโรคนั้น ; ²จำนวนคนที่อยู่ในกลุ่มไม่ป่วย ป่วยด้วยโรคเดียว หรือป่วยด้วยโรคร่วม/จำนวนกลุ่มตัวอย่าง; ^tFisher's Exact Test ; *** p<0.001** p<0.01* p<0.05

พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีการสูบบุหรี่และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (94.4%, 92.1%, 73.5%) ตามลำดับ โดยพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีสัดส่วนของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีการรับประทานอาหารประเภทต้มมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุในชุมชนเมืองพบว่ามีสัดส่วนของการสูบบุหรี่ ไม่มีการออกกำลังกาย ดื่มชา/กาแฟ และมีการรับประทานอาหารประเภททอดมากที่สุด ดังรายละเอียดในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ข้อมูลแสดงพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (n=517)	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะพื้นที่			p-value
		ชนบท	กึ่งเมืองกึ่งชนบท	เมือง	
การดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	488 (94.4)	188 (38.5)	96 (19.7)	204 (41.8)	<0.001***
ดื่ม	29 (5.6)	25 (86.2)	2 (6.9)	2 (6.9)	
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบ	476 (92.1)	203 (42.6)	87 (18.3)	186 (39.1)	0.0671
สูบ	41 (7.9)	10 (24.4)	11 (26.8)	20 (48.8)	
การออกกำลังกาย					
ไม่ออกกำลังกาย	137 (26.5)	21 (15.3)	28 (20.4)	88 (64.2)	<0.001***
ออกกำลังกาย	380 (73.5)	192 (50.5)	70 (18.4)	118 (31.1)	
ความถี่ในการออกกำลังกาย (ต่อสัปดาห์)					
ทุกวัน	154 (29.8)	77 (50.0)	26 (16.9)	51 (33.1)	<0.001***
3 – 6 วัน	106 (20.5)	54 (50.9)	21 (19.8)	31 (29.2)	
<3 วัน	120 (23.2)	61 (50.8)	23 (19.2)	36 (30.0)	
ไม่มีการออกกำลังกาย	137 (26.5)	21 (15.3)	28 (20.4)	88 (64.2)	
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง					
ไม่ดื่ม	501 (96.9)	208 (41.5)	93 (18.6)	200 (39.9)	0.420
ดื่ม	16 (3.1)	5 (31.3)	5 (31.3)	6 (37.5)	
การดื่มชา/กาแฟ					
ไม่ดื่ม	307 (59.4)	177 (57.7)	44 (14.3)	86 (28.0)	<0.001***
ดื่ม	210 (40.6)	36 (17.1)	54 (25.7)	120 (57.1)	
การรับประทานอาหารแต่ละประเภท					
ต้ม	329 (63.6)	180 (54.7)	56 (17.0)	93 (28.3)	<0.001***
ทอด	173 (33.5)	27 (15.6)	36 (20.8)	110 (63.6)	
ปิ้ง	4 (0.8)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	
ย่าง	2 (0.4)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	
นึ่ง	9 (1.7)	2 (22.2)	4 (44.4)	3 (33.3)	

[†] Fisher's Exact Test ; *** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05



ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยทวิโลจิสติก (Binomial logistic regression) พบว่า ลักษณะของพื้นที่ชุมชน เพศ ช่วงอายุ และช่วง BMI สามารถพยากรณ์การป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029, 0.044, 0.005, \text{ และ } 0.007$) ตามลำดับ คือ กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีโอกาสป่วยน้อยกว่าร้อยละ 52.3 ($OR = 0.477, 95\%CI = 0.275-0.825$) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชนบท กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีโอกาสป่วยมากกว่า 1.5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มเพศชาย ($95\%CI = 1.101-2.296$) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุในช่วง 70-79 ปี มีโอกาสป่วยสูงกว่าเป็น 2.1 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 60-69 ปี ($95\%CI = 1.310-3.319$) BMI ของกลุ่มตัวอย่างสามารถพยากรณ์การป่วยได้ แต่เมื่อเทียบกับภายในกลุ่มย่อยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วย	Morbidity			P(LR-test)
	Crude OR (95%CI)	Adj. OR (95%CI)	p-value (Wald's test)	
กลุ่มพื้นที่การศึกษา				0.029*
ชนบท (Ref)	-	-	-	
กึ่งเมืองกึ่งชนบท	0.48(0.29-0.79)	0.48 (0.28-0.83)	0.008**	
เมือง	0.79(0.51-1.21)	0.83(0.52-1.31)	0.418	
เพศ				0.044*
ชาย(Ref)	-	-	-	
หญิง	1.55(1.06-2.26)	1.52 (1.10-2.30)	0.044*	
กลุ่มอายุ				0.005**
60-69(Ref)	-	-	-	
70-79	2.09(1.36-3.21)	2.09 (1.31-3.32)	0.002**	
≥ 80	1.63 (0.97-2.74)	1.75(1.00-3.08)	0.052	
กลุ่ม BMI				0.007**
<18.50(Ref)	-	-	-	
18.50-22.99	0.80 (0.42-1.51)	0.86(0.43-1.70)	0.659	
23.00-24.99	0.62 (0.32-1.22)	0.61 (0.30-1.27)	0.185	
25.00-29.99	1.60 (0.80-3.17)	1.74(0.83-3.64)	0.142	
> 30.00	1.65(0.63-4.29)	1.51 (0.54-4.24)	0.436	

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$



อภิปรายผล

สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ประมาณสองในสามมีค่า BMI สูงกว่าเกณฑ์ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงจะมีส่วนใหญ่มีรอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนดการป่วยด้วยโรคของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามกลุ่มโรคในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเมตาบอลิกคือ โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามลำดับ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าโรคหัวใจมีอัตราการป่วยสูงสุดจำแนกตามข้อมูลการป่วยพบว่า ร้อยละ 31.4% ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่พบการป่วยด้วยโรคใด ๆ ผู้สูงอายุที่มีการป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง Morbidity (51.8%) และมีการป่วยด้วยโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป Comorbidity (16.8%) ส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพเช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (73.5%) ตามลำดับ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุคือ ลักษณะของพื้นที่ชุมชน เพศ ช่วงอายุ ระดับ BMI และความดันค่า Systolic

จากผลการศึกษาวิจัยนี้ ผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.8 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.4 และโรคหัวใจ ร้อยละ 4.3 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในประเทศไทย (Kulprateepunya et al., 2020; Sararuk, Nganchamung, & Krasuaythong, 2020) และผลการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ (Han, Kang, & Hong, 2021) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงของการศึกษานี้มีมากกว่า แต่พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานน้อยกว่าประมาณครึ่งหนึ่ง ซึ่งจะพบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.2, 30.7, 53.2 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.9, 23.8, 22 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามทั้งสองการศึกษาในประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 15.2, 8.4) ความแตกต่างนี้เป็นไปได้เนื่องจากความแตกต่างของวัฒนธรรมประเพณี วิถีชีวิต และลักษณะการรับประทานอาหารที่แตกต่างในแต่ละพื้นที่ ขณะที่พบว่าการศึกษานี้อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานไม่แตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศบราซิล (ร้อยละ 57, 12.6) ตามลำดับ (Fornari, Bergonci, Stein, Agostini, & Rigo, 2021)

จากการที่ผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยโรคที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของประชากรในแต่ละท้องถิ่นที่ต่างกัน จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุของการศึกษานี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ค่อนข้างดี กล่าวคือส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีการสูบบุหรี่และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอไขมันในร่างกาย แต่ทั้งนี้โรคไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลให้เกิดโรคหัวใจได้ หรืออาจเกิดด้วยปัจจัยสาเหตุอื่น อาทิ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านความเครียด ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (Khongtong, 2018) และการสำรวจอาจมีความคาดเคลื่อนหรือข้อผิดพลาดของการเก็บข้อมูลจึงทำให้ผลการศึกษาที่มีความแตกต่างจากผลการศึกษาอื่น



การจำแนกการป่วยด้วยโรคของผู้สูงอายุจากการศึกษาพบว่าร้อยละของการไม่ป่วยด้วยโรคใด ๆ การป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง และการป่วยด้วยโรคร่วม เป็น 31.4, 51.8 และ 16.8 ตามลำดับ มีความแตกต่างจากงานวิจัยของ Lasing et al. (2020) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 602 คน ในตำบล กุดไผ่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยพบว่า ร้อยละของ การไม่ป่วยด้วยโรคใด ๆ การป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง และการป่วยด้วยโรคร่วม เป็น 66.9, 28.9 และ 4.2 ตามลำดับ จากผลการศึกษาสามารถอธิบายด้วยพื้นที่ที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกันเช่น การนับถือศาสนา วัฒนธรรมที่มีความเป็นพหุวัฒนธรรม (Yongyuan & Padungpong, 2008) ซึ่งต่างจากในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามที่มีการนับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่และวัฒนธรรมที่ต่างออกไป ซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่

ส่วนการศึกษาของ Kulprateepunya et al. (2020) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ป่วย 20.9% โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 3,600 คน จาก 9 จังหวัดที่มาจากทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งมีค่าสัดส่วนร้อยละที่น้อยกว่าการศึกษานี้ซึ่งเป็นไปได้ว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า และครอบคลุมพื้นที่มากกว่าทำให้ค้นพบการป่วยที่มาก และยังพบว่าน้อยกว่าการศึกษาจากประเทศจีนของ Wu, Smit, Xue, & Odden, (2018) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 5,301 คน และพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคร่วมร้อยละ 45.1 เมื่อเปรียบเทียบกับพบว่ามีมากกว่าการศึกษานี้ถึง 10 เท่า ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน และจากพื้นที่ที่มากของประเทศจีน

พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการป่วยในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีการสูบบุหรี่และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ร้อยละ 94.4, 92.1, 73.5) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับสองการศึกษาในประเทศไทยพบว่า สัดส่วนการมีพฤติกรรมสุขภาพมีลักษณะไม่แตกต่างกับการศึกษานี้คือ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 74, 86.7) ไม่มีการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 93.3, 75) และมีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 85.9, 53.3) ตามลำดับ (Chatpaho, Wechjakwen, Munthaisong, Namkrathok, & Reangjoho, 2021; Sadubpod & Kochsiripong, 2019) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในสหราชอาณาจักร (United Kingdom) และได้หวั่น พบว่าสัดส่วนผู้ที่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีน้อยกว่า โดยพบผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 15.6, 53.6) ไม่มีการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 50.4, 53.6) และมีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 65.3, 53.7) (Gil-Salcedo et al., 2020; Wei-Hua & Joseph, 2020) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการป่วยมีตราส่วนร้อยละที่ต่างกันอธิบายได้ว่าในแต่ละเขตพื้นที่หรือประเทศมีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ จึงทำให้บางพฤติกรรมอาจมีมากในการศึกษานี้แต่อาจมีน้อยในการศึกษาเขตพื้นที่อื่น อีกทั้งอาจเกิดจากความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ข้อมูล



ข่าวสารจากสาธารณสุขในการจัดการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันทำให้อัตราส่วนร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพจึงต่างกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุของการศึกษานี้ คือ ลักษณะของพื้นที่ชุมชน เพศ ช่วงอายุ ช่วง BMI และความดันค่า Systolic สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al. (2018) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่พยากรณ์การป่วยในประเทศจีน และพบว่า ร้อยละ 54.3 ของการป่วยเกิดกับคนอ่อนแอ (Frailty) ซึ่งพบในคนที่มีอายุมากกว่าคนที่อายุน้อย พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในชุมชนชนบทมากกว่าชุมชนเมือง 1.5 เท่าขณะที่การศึกษาของ Khongtong (2018) ในประเทศไทยที่พบว่าปัจจัยเรื่องเพศมีผลต่อการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยในเพศหญิงมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย 1.63 เท่า ซึ่งเป็นค่าที่มากกว่าการศึกษานี้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวมีการเจาะจงเพียงสองโรคจึงทำให้มีความแตกต่างกันในส่วนของ BMI พบว่า BMI ที่สูงกว่าเกณฑ์เพิ่มโอกาสต่อการป่วยมากกว่าค่า BMI ตามเกณฑ์ 1.31 เท่าซึ่งไม่ต่างกับการศึกษานี้ และงานวิจัยของ Boonnuk & Sarakarn (2021) ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคเบาหวานมากขึ้น เพศหญิงมีโอกาสป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า ซึ่งน้อยกว่าการศึกษานี้คาดว่าเป็นผลมาจากการกำหนดการป่วยที่ต่างกัน แต่มีการเพิ่มปัจจัยในการพยากรณ์การป่วย คือ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ การไม่ออกกำลังกาย และการมีหนี้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ถูกคัดออกหลังจากใช้วิธีการ Backward analysis ซึ่งเป็นไปได้ว่าการเก็บข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผลทำให้เกิดความแตกต่างกับการศึกษานี้ในส่วนของคุณลักษณะพื้นที่ชุมชนความดัน Systolic ไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่มีการศึกษาที่มีการแบ่งเป็นลักษณะพื้นที่ชุมชน และในส่วนของคุณค่า Systolic อาจเป็นเพราะเป็นสิ่งที่เกิดตามมาหลังจากเกิดการป่วย

สรุป

จากการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดนครราชสีมาพบว่า มีสถานะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มีค่า BMI สูงกว่าเกณฑ์ดัชนีมวลกายที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงจะมีมีรอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพบการป่วยและการป่วยด้วยโรคร่วม โดยอัตราการป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูงด้วยกลุ่มโรคเมตาบอลิก กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ตามลำดับ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุคือ ลักษณะของพื้นที่ชุมชน เพศ ช่วงอายุ ช่วง BMI และความดันค่า Systolic ทั้งนี้แนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตภาคใต้ของประเทศไทยเป็นไปในทิศทางที่ดี ดังนั้นการควบคุมปัจจัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สามารถ



ลดอัตราการป่วยด้วยโรคเดี่ยวหรือโรคร่วมได้ รวมทั้งควรมีการส่งเสริมภาวะสุขภาพทั้งกายและจิตใจ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ทั้งในเขตพื้นที่ที่เป็นชนบทและเมือง ซึ่งมีทักษะในการสื่อสารที่แตกต่างกันอาจมีข้อผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้และการศึกษานี้เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดนราธิวาสเท่านั้น จึงเป็นไปได้ว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่ครอบคลุมเมื่อเทียบกับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยทุกจังหวัดในเขตภาคใต้

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดอัตราการป่วยรวมทั้งควรส่งเสริมให้มีการศึกษาถึงความแตกต่างที่ทำให้ลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทเป็นปัจจัยลดการเกิดโรค เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ภายในชุมชนรูปแบบอื่นการจัดกิจกรรมที่ให้ความรู้ถึงความเสี่ยงของการมีปัจจัยการป่วยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ควบคุมBMI ด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การให้ความรู้กับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยโดยเฉพาะเพศหญิงที่มีอายุ 70-79 ปี และในการศึกษารุ่นต่อไป ควรปรับปรุงแบบการเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัย และศึกษาเจาะจงกลุ่มโรคหรือโรค

รายการอ้างอิง (References)

- Bechtold, M., Palmer, J., Valtos, J., Iasiello, C., & Sowers, J. (2006). Metabolic syndrome in the elderly. *Current Diabetes Reports*, 6, 64-71.
- Boonnuk, T., & Sarakarn, P. (2021). A Comparison of Accuracy of Factors Related to Diabetes Mellitus by using Logistic Regression and Multilevel Logistic Regression: TCNAP database 2018. *The Public Health Journal of Burapha University*, 16(1), 65-79.
- Chatpaho, V., Wechjakwen, N., Munthaisong, B., Namkrathok, N., & Reangjoho, N. (2021). The Study of Self-Care Behavior of Older Adults According to 3E 2S Rules in Pho Klang Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Nakhon Ratchasima Rajabhat University*, 27(2), 71-79.



- da Luz, F.Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*, 10(7), 829.
- Fornari, C.B., Bergonci, D., Stein, C.B., Agostini, B.A., & Rigo, L. (2021). Prevalence of xerostomia and its association with systemic diseases and medications in the elderly: a cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 139, 380-387.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2019). *Situation of the Thai elderly 2019*. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Retrieved October 28, 2021, from https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf
- Gil-Salcedo, A., Dugravot, A., Fayosse, A., Dumurgier, J., Bouillon, K., Schnitzler, A., ... Sabia, S. (2020). Healthy behaviors at age 50 years and frailty at older ages in a 20-year follow-up of the UK Whitehall II cohort: A longitudinal study. *PLoS Medicine*, 17(7), e1003147.
- Han, S.H., Kang, J.K., & Hong, J.S. (2021). A Study of Factors Related to the Subjective Health Status of Elderly Population in Korea. *Health Policy and Management*, 31(1), 56-64.
- Khongtong, P. (2018). Factors related to chronic illness. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 10(19), 116-126.
- Kulprateepunya, K., Atsawametaku, W., ThasanoaElter, P., Saelue, J., Pisaipan, P., & Namwong, A. (2020). Health status of elderly in Thai society. *UMT Poly Journal*, 17(2), 581-595.
- Lasing, S., Glangkarn, S., & Tongsiri, S. (2020). Improving Quality of Life for the Elderly by Community Participation. *Academic Journal of Community Public Health*, 2, 29-40.
- Ministry of public health, Health data center. (2021)(a). Retrieved May 25, 2021, from https://hdc.service.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_sex_age.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a
- Ministry of public health, Health data center. (2021)(b). Retrieved May 25, 2021, from https://hdc.service.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_sex_age.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a
- Ministry of public health, Health data center. (2021)(c). Retrieved May 25, 2021, from https://hdc.service.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68



- Ministry of public health, Health data center. (2021)(d). Retrieved May 25, 2021, from https://hdc.service.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
- Nirattisai, N. (2018). 21st Century Elderly. *Journal of Social Sciences Mahamakut Buddhist University, 1*, 107-115.
- Nualsithong, N., Sawatsing, T., Buajan, A., & Petnui, T. (2019). Developing a Participatory Learning Model for Adjusting Health Behaviors of the Elderly. *Udonthani Hospital Medical Journal, 27*(3), 231-239.
- Sadubpod, K., & Kochsiripon, P. (2019). Health Care Behaviors of the Elderly in the Community Receiving Health Ca. *Journal of Health Science, 28*(2), 44-54.
- Sararuk, M., Nganchamung, T., & Krasuaythong, N. (2020). Health Status and Health Behaviors among Elderly in Kham Kwang Sub-district, WarinChamrap District, UbonRatchathani Province. *Srinagarind Med Journal, 35*(3), 304-310.
- United Nation, Department of Economic and Social Affairs. (2019). *Growing at a slower pace, world population is expected to reach 9.7 billion in 2050 and could peak at nearly 11 billion around 2100*. Retrieved October 4, 2021, from <https://www.un.org/development/desa/en/news/population/world-population-prospects-2019.html>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights. the United Nations*. Retrieved May 25, 2021, from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons*. United Nations. Retrieved May 25, 2021, from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undes_a_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf.
- Wei-Hua, T., & Joseph, J.T. (2020). *Health Behaviors and Health Status among Middle-Aged and Older Adults with Chronic Diseases in Taiwan*. Int. J. Environ. Res. Public Health. Retrieved October 28, 2021, from <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/19/7196>



- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. Retrieved May 25, 2021, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Wu, C., Smit, E., Xue, Q.-L., & Odden, M.C. (2018). Prevalence and Correlates of Frailty Among Community-Dwelling Chinese Older Adults: The China Health and Retirement Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 73(1), 102-108.
- Yongyuan, B., & Padungpong, C. (2008). Using art activities to promote multicultural acceptance in multicultural society. *Journal of Education, Prince of Songkla University, Pattani Campus*, 18(1), 1-14.