



เอกสารประกอบการสัมมนา
เรื่อง การศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย

WT
100
ก226อ
2540
ฉ1

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
HEALTH SYSTEMS RESEARCH INSTITUTE

เอกสารประกอบการสัมมนา
เรื่อง การศึกษาวิจัยครอบครัวของผู้สูงอายุในประเทศไทยในชนบท

01 โครงการและกำหนดการสัมมนา

เลขหมู่.....
เลขทะเบียน ๕๑๑๐๒๐๕.๗.....
วันที่

02 การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

03 การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

04 Prevalence of movement disorders in Community - dwelling Thai elderly in Nakornpathom Province

05 Epidemiology of Stroke in the Elderly in Thailand

วันที่ 9 พย ๕1

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
วันที่รับ..... 11 สค ๕1
เลขทะเบียน..... 01219

โครงการสัมมนา เรื่อง การศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทยในชนบท

หลักการและเหตุผล

องค์การสหประชาชาติได้ฉายภาพไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุของโลกหรือผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ.2523 มาเป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ.2568 โดยเฉพาะในภูมิภาค เอเชียจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ.2523 มาเป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2568 การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของโลก (United Nations,1992)

สำหรับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ก็พบว่าเมื่ออัตราการเกิดลดลง การแพทย์และการสาธารณสุขของชาติเจริญขึ้นมีผลทำให้สัดส่วนของประชากรในกลุ่มวัยเด็กลดน้อยลง และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรกลับยืนยาวขึ้น และจากข้อมูลการศึกษาวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีจำนวนประชากรทั้งประเทศ ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2536 (ซึ่งเป็นปีที่ริเริ่มโครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย) มีจำนวน 58,175,000 คน โดยจำแนกดังนี้

ประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 16,754,000 คน

คิดเป็นร้อยละ 28.80 ของประชากรทั้งประเทศ

ประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 37,174,000 คน

คิดเป็นร้อยละ 63.90 ของประชากรทั้งประเทศ

ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 4,247,000 คน

คิดเป็นร้อยละ 7.30 ของประชากรทั้งประเทศ

หากพิจารณาแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุในอนาคตโดยพิจารณาจากประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี ในปัจจุบัน ซึ่งถือว่าเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ และเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคตพบว่าประชากรอายุ 15-44 ปี มีจำนวน 15,018,000 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81 และประชากรอายุ 44-59 ปี มีจำนวน 22,132,000 คน คิดเป็นร้อยละ 38.04 ของประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม : 2536) ซึ่งเป็นจำนวนเกินกึ่งหนึ่งของกลุ่มเป้าหมาย จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจนว่าประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นในอนาคต ข้อมูลล่าสุด ของผลการสำรวจประชากรของประเทศ ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2541 พบว่ามีจำนวนประชากร 60,763,000 คน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 5,106,000 คน คิดเป็นร้อยละ 8.40 ของประชากรทั่วประเทศ และคาดการณ์จำนวนประชากรไทยทั้งประเทศในปี 2555 จะมีจำนวน 71,310,000 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 7-8 ล้านคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม : 2536)

การที่สัดส่วนและจำนวนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นนี้ นั้นย่อมหมายถึง ปัญหาและผลกระทบทั้งต่อกลุ่มผู้สูงอายุเอง และกลุ่มประชากรในช่วงวัยอื่นย่อมมีมากขึ้นในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์ สาธารณสุข สวัสดิการสังคม และอื่น ๆ และการที่ประเทศไทยมีเป้าหมาย และแนวโน้มในการพัฒนาประเทศจากประเทศเกษตรกรรมเป็นประเทศอุตสาหกรรมในช่วงที่ผ่านมา ได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนแนวใหม่ ซึ่งมีผลกระทบต่อกลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจาก สภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติ และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของ สภาพร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ ย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วย เช่น การหยุดทำงานและขาดรายได้ ความรู้สึกท้อแท้ ความเหงา ความกังวล ที่ถือว่าตนอยู่ในภาวะบั้นปลายของชีวิต เหล่านี้ล้วนเป็นปัญหาที่กลุ่มผู้สูงอายุจะต้องเผชิญ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุจะมีหลายประการ ทั้งทางด้านสรีรวิทยา สุขภาพอนามัย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม โภชนาการ ฯลฯ ปัญหาดังกล่าวย่อมกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุเอง และต่อประเทศชาติโดยส่วนรวม รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมแนวใหม่ ซึ่งประเทศไทยยังไม่เคยประสบมาก่อน ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้เคยประสบมา และได้ให้ความสำคัญและมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุค่อนข้างมาก ทั้งทางด้านทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุ แต่ประเทศไทยยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้น้อย เนื่องจากมีความจำเป็นและเร่งรีบของปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าและยังไม่เห็นความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้านจึงถูกละเลย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ขณะนี้เป็นเพียงการศึกษาที่มีขอบเขตจำกัด ยังไม่ครอบคลุม หรือสามารถนำไปอ้างอิงเพื่อเป็นข้อมูลระดับประเทศได้ อีกทั้งยังมีช่องว่างในการศึกษาอีกหลายประการ และยิ่งขาดความสมบูรณ์ในการรวบรวมข้อมูลในด้านต่าง ๆ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์อีกมากมาย

ดังนั้น มหาวิทยาลัยมหิดลตระหนักดีว่าผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีค่าและสำคัญยิ่งต่อสังคมและครอบครัวสมควรได้รับการเหลียวแล ยกย่อง และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ให้เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเห็นสมควรที่จะได้มีการศึกษาวิจัยอย่างครบวงจร เรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย ขึ้น เพื่อให้ทราบถึงผลกระทบทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตที่จะเกิดขึ้น ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต โดยมีความมุ่งหวังที่จะให้มีผลในการชี้แนะต่อการนำไปประยุกต์กำหนดนโยบายของประเทศที่เหมาะสมตลอดจนเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ในการจัดสัมมนา

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้ทราบรายงานผลการวิจัยในสาขาคลินิกและสาขาสังคมศาสตร์
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลของกลุ่มนักวิจัยในสาขาคลินิกและสาขาสังคมศาสตร์
3. เพื่อนำเสนอข้อมูลและหาข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการประยุกต์นำไปปฏิบัติในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านการแพทย์ สุขภาพอนามัยและการจัดสวัสดิการสังคม

ระยะเวลา จำนวน 1/2 วัน คือวันจันทร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2541 เวลา 9.00-12.00 น.

สถานที่ ณ ห้องประชุม 103 คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถนนพระจันทร์ กรุงเทพมหานคร

ผู้เข้าสัมมนา จำนวน 100 คน ประกอบด้วยนักวิจัย/ นักวิชาการ/ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ * กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ
** คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

งบประมาณ จากเงินงบประมาณแผ่นดิน (โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะผู้บริหารประเทศในการกำหนดแผนการดำเนินการพิจารณาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยทั่วประเทศ ซึ่งนับเป็นประชากรผู้ด้อยโอกาสกลุ่มใหญ่ที่สมควรได้รับการจัดการบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมสงเคราะห์ที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นต้นแบบแก่ครอบครัวไทยที่มีคุณภาพและลดการสูญเสียทรัพยากรและเศรษฐกิจของประเทศ

หมายเหตุ * กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล โทร. 433-0140-69 ต่อ 601,603, 433-7096
โทรสาร 434-3385

** คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โทร. 224-1351 โทรสาร 224-9417

กำหนดการสัมมนา

วันจันทร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2541

8.30-8.45 น. ลงทะเบียน

8.45-8.50 น. กล่าวรายงาน

8.50-9.00 น. กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมสัมมนา

โดย รองศาสตราจารย์ ดร. ชัยสุตร อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

9.00-9.05 น. กล่าวเปิดประชุม

โดย รองศาสตราจารย์ ดร. พันธุ์ บุญรัตน์ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

9.05-9.15 น. กล่าวนำถึงความเป็นมาของโครงการ

โดย ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ อุดุลย์ วีริยเวชกุล

9.15-10.15 น. เสนอผลงานวิจัยสาขาสังคมศาสตร์

1. ภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรีย์ กาญจนวงศ์

2. สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ

โดย รองศาสตราจารย์ ปรีชา อุปโยคิน

3. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

โดย รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

10.15-10.30 น. พักร

10.30-11.30 น. เสนอผลงานวิจัยสาขาศึกษาคลินิก

1. การสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทยในชุมชนชนบท

โดย รองศาสตราจารย์ ประเสริฐ อัสสันตชัย

2. การสำรวจภาวะโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยในชุมชนชนบท

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรพรม เสนาณรงค์

3. การสำรวจภาวะโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุในประเทศไทยในชุมชนชนบท

โดย ศาสตราจารย์ นพ. พงษ์วรินทร์

11.30-12.15 น. อภิปรายร่วม

ผู้นำอภิปราย 1. นายแพทย์ บรรลุ ศรีพานิช

2. ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ อุดุลย์ วีริยเวชกุล

12.15 น.

ปิดการสัมมนาและรับประทานอาหารกลางวัน

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

ผศ.ดร.สุวิทย์ กาญจนวงศ์

รศ.ดร.ปรีชา ดุปโยคิน

ผศ.มัทธิกา มัติโก

ผศ.ดร.วิณา ศิริสุข

1. ภูมิหลัง

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 6.1 ในปี พ.ศ.2533 และร้อยละ 7.4 ในปี พ.ศ.2534 (สถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข 2539) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นศึกษาที่สำคัญเพราะเมื่อมีวัยสูงขึ้น ย่อมมีปัญหาสุขภาพกายตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ ย่อมมีผลถึงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้น การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย การเจ็บป่วย และการดูแลตนเองทางสุขภาพ จึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อที่ว่ารัฐหรือหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องจะได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการจัดบริการและโครงการต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุ

มหาวิทยาลัยมหิดล โดยโครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย ได้ตระหนักในเรื่องนี้ จึงได้รวบรวมประเด็นการวิจัยที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยไว้เป็นบรรณานุกรม (โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538) แม้จะพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมายก็ตาม แต่ก็ยังมีประเด็นศึกษาที่ควรจะมีการศึกษาหารายละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุอีกมาก ดังนั้น กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล จึงได้กำหนดให้มีการศึกษาแบบครบวงจร เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

- (1) การศึกษาทางการแพทย์
- (2) การศึกษาในเชิงปริมาณในประเด็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ
- (3) การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุ
- (4) การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์

การศึกษาในรายงานนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาประเด็นต่าง ๆ ต่อไปนี้ คือ

- (1) คุณภาพการอยู่อาศัยทางกายภาพและสังคม
- (2) สภาวะสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย
- (3) การเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพและความพึงพอใจที่ได้รับจากแหล่งบริการ
- (4) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับสุขภาพ
- (5) พฤติกรรมการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด
- (6) การใช้เวลาในชีวิตประจำวัน

3. กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

- (1) ภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 771 คน
 - ตำบลบ้านแหลม อำเภอบางปลาหม้อ ตำบลมดแดง ตำบลปลาณา อำเภอสรีประจันต์ และตำบลหนองกระถิน อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี
 - ตำบลตะกุด ตำบลดาวเรือง อำเภอเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเสนาห์ ตำบลเขาหิน และตำบลม่วงหวาน อำเภอหนองแซง จังหวัดสระบุรี
 - ตำบลจักรสีห์ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี
- (2) ภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 838 คน
 - ตำบลโป่งแพร์ ตำบลจอมหมอกแก้ว อำเภอแม่ลาว ตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย
 - ตำบลโคกหม้อ ตำบลทัพทัน อำเภอทัพทัน ตำบลน้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี

(3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1114 คน

- ตำบลจันทิก อำเภอปากช่อง
ตำบลบึงอ้อ อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา
- ตำบลพรรณา ตำบลวังยาง ตำบลพอกน้อย อำเภอพรหมานิคม
ตำบลโคกภู อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร

รวมตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 2723 คน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้น โดยคณะผู้วิจัย และมีการทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นก่อนการทดสอบจริง การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการให้พนักงานเก็บข้อมูลที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีจากคณะผู้วิจัย เป็นผู้สัมภาษณ์ตามรายละเอียดในแบบสอบถาม และบันทึกผลการตอบด้วยตัวผู้สัมภาษณ์เอง ประกอบกับการสังเกตในบางประเด็น คือ สภาพการอยู่อาศัยทางกายภาพ

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายมากกว่าครึ่ง สัดส่วนนี้เหมือนกันเมื่อจำแนกรายภาค การที่มีตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงอยู่บ้านขณะสัมภาษณ์มากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่เหตุผลที่สำคัญคือ สัดส่วนของเพศหญิงสูงกว่าเพศชายโดยทั่วไป ข้อเท็จจริงนี้ยืนยันได้จากสถานภาพสมรส ที่ถึงแม้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ศึกษาจะยังอยู่กับคู่สมรสก็ตาม แต่ก็มีผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่เป็นหม้ายมีมากกว่าผู้สูงอายุชายประมาณ 3 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการตายของประชากรชายสูงกว่าประชากรหญิงในทุกกลุ่มอายุ (นภาพร ชโยวรรณ, 2539 : 12) ขณะเดียวกันอาจเป็นไปได้ที่ ไอโอกาสสมรสใหม่ของชายมีสูงกว่าหญิง (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541)

อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี และลดน้อยลงไปเมื่อมีอายุสูงขึ้น เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สำหรับระดับการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษา

สูงสุดในระดับประถมศึกษาเท่านั้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีสูงเกือบเท่ากับผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ข้อค้นพบดังกล่าวน่าจะชี้ให้เห็นว่า เพศหญิงในภาคเหนือมีโอกาสได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพศหญิงในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากความเป็นจริงดังกล่าวจึงพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ในภาคเหนือสูงกว่าผู้ที่อ่าน และ/หรือเขียนได้ ซึ่งต่างกับผู้สูงอายุในเขตภาคกลางและภาคเหนือ ที่พบผู้สูงอายุอ่าน และ/หรือเขียนได้สูงกว่าทุกกลุ่ม

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการศึกษาจำแนกตามเพศ ผลการศึกษาพบว่าสอดคล้องกันทั้งสามภาคคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ได้รับการศึกษามีมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนไม่ได้เรียนหนังสือสูงกว่าผู้สูงอายุชายมาก ข้อค้นพบนี้ช่วยยืนยันความไม่เท่าเทียมกันทางการศึกษา ที่ว่าส่วนใหญ่แล้วเพศหญิงจะมีโอกาสได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพศชาย บทบาทของเพศหญิงในอดีตจะถูกกำหนดให้เป็นแม่บ้านแม่เรือน ขณะที่เพศชายต้องเป็นผู้นำครอบครัว เพศชายจึงได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสศึกษาเล่าเรียนมากกว่า

สำหรับขนาดของครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ทั้งสามภาคมีครอบครัวขนาดใหญ่ กล่าวคือ มีจำนวนบุตรมาก ประมาณร้อยละ 70 มีจำนวนบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไป และเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละภาคพบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยมากกว่าทุกภาค สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมากกว่าร้อยละ 80

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณเท่าตัว ซึ่งสอดคล้องกันทั้งสามภาค สำหรับผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ได้แก่ การทำเกษตรกรรม แต่อาชีพที่พบรองลงมาแตกต่างกันคือ ขณะที่ผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอาชีพรับจ้าง ผู้สูงอายุในภาคเหนือมีอาชีพค้าขาย สรุปได้ว่า อาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และค้าขาย เป็นอาชีพหลักที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษา และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศก็พบว่า เพศชายมีสัดส่วนการประกอบอาชีพมากกว่าเพศหญิง ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการไม่ได้ประกอบอาชีพสูงกว่าเพศชาย ผลการศึกษานี้สะท้อนวัฒนธรรมไทยในชนบทที่เกี่ยวกับบทบาทของเพศได้ว่า เพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่บ้านแม่เรือน ขณะที่เพศชายมีบทบาทเป็นผู้นำ หรือผู้หาเลี้ยงครอบครัว ดังได้กล่าวมาแล้ว

5.2 คุณภาพของการอยู่อาศัยทางกายภาพและสังคม

ลักษณะของบ้านพบเหมือนกันทั้งสามภาค คือ ส่วนใหญ่เป็นบ้านลักษณะแบบไทย ๆ ยกพื้นสูง แต่ดูเหมือนจะพบในเขตภาคกลางและภาคเหนือมากกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนที่พบรองลงมาได้แก่ บ้านเดี่ยวสองชั้น ลักษณะบ้านในชนบทค่อนข้างมีบริเวณบ้านที่สะอาด มีการเลี้ยงสัตว์ประเภทสุนัข แมว ไก่ ไร่บริเวณบ้าน ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะเป็นเจ้าของบ้าน

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่ชีวิตและบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นลักษณะครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปด้วยดี มีการพูดคุยกันในครอบครัว และเมื่อไม่สบายก็จะได้รับการดูแลจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะจากลูก/คู่สมรส และจากหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2533) ที่พบว่า การอยู่อาศัยร่วมกันระหว่างบุตรและบิดามารดาสูงอายุ เป็นรูปแบบสำคัญของการเกื้อหนุนระหว่างบุตรและบิดามารดาสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนคนเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยภาวะความเป็นหม้าย หรืออาจจากภาวะความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้สูงอายุในภาคเหนือที่นอนกับคู่สมรสมีมากกว่าในเขตภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนการกินอาหารนั้น ผู้สูงอายุกินร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว สภาพการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุไม่ได้มีสถานที่พักผ่อน สถานที่ขับถ่าย หรือสถานที่อาบน้ำเป็นพิเศษแต่อย่างไร ส่วนใหญ่ก็ใช้ร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

5.3 ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

5.3.1 ภาวะสุขภาพกาย

เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่ศึกษาในแต่ละภาคประเมินสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ศึกษาในภาคกลางประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีปานกลาง ขณะที่ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี เจ็บออก ๆ แอด ๆ ส่วนผู้สูงอายุในภาคเหนือประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีปานกลาง ๆ ในสัดส่วนที่เท่า ๆ กับการประเมินว่าสุขภาพไม่ดีเจ็บออก ๆ แอด ๆ ถ้าจะพิจารณาอย่างคร่าว ๆ แล้ว ก็น่าจะกล่าวได้ว่า สุขภาพของผู้สูงอายุในภาคกลางจะดีกว่าผู้สูงอายุในทุก ๆ ภาค โดยเฉพาะผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศแล้ว ส่วนมากผู้สูงอายุหญิงจะรับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุชาย

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทั้งสามภาคให้คำตอบในทิศทางเดียวกันว่าตนเองมีโรคประจำตัว โรคหรือกลุ่มอาหารที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสามภาคได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิต กล้ามเนื้ออักเสบ อ่อนเพลีย (โรคชรา) ข้อเสื่อม/อักเสบ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอื่น ๆ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพความเจ็บป่วยด้วยอาการหรือกลุ่มโรคดังกล่าว แต่ลำดับที่ของความเจ็บป่วยแต่ละโรคอาจแตกต่างกันไปตามพื้นที่ ตัวอย่างเช่น รายงานของ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2535 (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2535) โรคปวดหลังเป็นความเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุภาคกลางและภาคเหนือ ขณะที่อาการกล้ามเนื้ออักเสบพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

5.3.2 ภาวะสุขภาพจิต

แม้โดยทางทฤษฎีหลายทฤษฎีมีความเชื่อสอดคล้องกันว่า สภาพบทบาทในสังคม และภาวะสุขภาพทางกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกท้อแท้ มองตนเองในแง่ลบ และมีความซึมเศร้าก็ตาม แต่ในการวัดภาวะสุขภาพจิตก็ยังเป็นปัญหา เนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้วัด ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แบบวัดที่สร้างขึ้นเองและมีการหาค่าความเชื่อมั่นในระดับที่น่าพอใจ แต่ปัญหาก็คือไม่สามารถหาบรรทัดฐาน (Norm) ของคนไทยหรือของผู้สูงอายุไทย เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบได้ แต่ก็พยายามใช้การประเมินแบบอิงกลุ่มช่วย

ถ้าจะพิจารณาผลการตอบโดยรวมแล้ว ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานได้ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมเพื่อนบ้าน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี

อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณาตามความรู้สึกเฉพาะเรื่อง ความรู้สึกที่ผู้สูงอายุตอบสนองในเชิงลบคือ รู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ มีเรื่องกังวลตลอดเวลา กลัวจะมีเรื่องไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว และเมื่อนำปัจจัยอื่น ๆ มาหาความสัมพันธ์ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยก และผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่

รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีปานกลาง และสุขภาพไม่ดีเจ็บออก ๆ แอค ๆ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้น เช่น จากการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2539) พบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นเท่าใด ความรู้สึกเหงาและว่าเหว่จะยิ่งเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว ผู้สูงอายุที่ขาดคู่สมรสไม่ว่าจะด้วยการเป็นโสด หม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่กับคู่สมรสอย่างถาวรจะมีความรู้สึกเหงาและว่าเหว่มากกว่าผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่ครอง และจากการศึกษาของสุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายดีจะมีสุขภาพจิตดีด้วย

6. การเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ

เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แหล่งบริการสุขภาพ 3 แหล่งสำคัญที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ ได้แก่ การซื้อยากินเอง การใช้บริการจากสถานีนามัย และการได้รับการจากโรงพยาบาลชุมชน เป็นที่น่าสังเกตว่าถ้าผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่ว ๆ ไป เช่น เป็นหวัด ก็จะซื้อยากินเองเป็นส่วนใหญ่ ถ้าเป็นโรคปวดเข่า ปวดข้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ก็จะใช้บริการที่สถานีนามัย และโรงพยาบาลชุมชน แต่ถ้าเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ก็จะใช้บริการที่สถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด ทั้งนี้ลำดับชั้นในการใช้แหล่งบริการส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยก็ได้ และเมื่อศึกษาความพึงพอใจในการบริการสุขภาพของสถานีนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าบริการดีในทุก ๆ เรื่อง สำหรับเรื่องบัตรสุขภาพและบัตรผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ทราบเรื่องโครงการบัตรสุขภาพ และไม่มียบัตร รู้แต่เรื่องบัตรผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่มีบัตรผู้สูงอายุ

7. พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

7.1 พฤติกรรมการกิน

ผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่แล้วยังเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการลุกจากที่นอน อาบน้ำ เข้าส้วม ใส่เสื้อผ้า กินอาหาร และการเดิน สำหรับจำนวนมือที่ผู้สูงอายุกินอาหารต่อวัน แม้ส่วนใหญ่จะกินอาหารวันละ 3 มื้อ ตามปกติทั่วไป แต่มีผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณร้อยละ 17 และ 23 ตามลำดับ ตอบว่า กินอาหารวันละ 2 มื้อ สำหรับประเภทของอาหารที่ผู้สูงอายุกินทุกวัน ได้แก่ ผักและเนื้อสัตว์ ที่น่าสังเกตคือ สัตว์ส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่กินอาหารทะเลในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง ส่วนอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แม้จะมีผู้สูงอายุกินน้อย แต่เมื่อเปรียบเทียบทั้งสามภาคแล้วพบว่า ผู้สูงอายุในภาคเหนือกินมากกว่าผู้สูงอายุ

ภาคอื่น ๆ สำหรับน้ำดื่มส่วนใหญ่ในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือน้ำฝน ขณะที่ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในภาคเหนือคือน้ำจากน้ำบ่อ

7.2 พฤติกรรมการขับถ่าย

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการขับถ่าย มีจำนวนมากถ่ายไม่ทุกวัน และเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุถ่ายในส้วมประเภทนั่งของ หรือที่เรียกว่า คอห่าน ดังนั้นจึงมีปัญหาในการนั่งขับถ่าย ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามวัยที่สูงขึ้น ทำให้มีอาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับข้อเสื่อม/อักเสบ เป็นผลให้นั่งของลำบาก นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีปัญหาเรื่องท้องผูก ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อมีอาการท้องผูก ผู้สูงอายุก็มักจะแก้ปัญหาด้วยการกินยาระบายหรือยาถ่ายมากกว่าการแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่น ๆ

7.3 พฤติกรรมการทำความสะอาดร่างกาย

โดยทั่วไปก่อนข้างดี ที่น่าแปลกคือผู้สูงอายุในเขตภาคกลางส่วนใหญ่อาบน้ำวันละครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่จะอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อาบน้ำวันละครั้งใน 2 ภาคดังกล่าว ก็ค่อนข้างสูงใกล้เคียงกับสัดส่วนของผู้ที่ตอบว่าอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ส่วนการสระผมทั้งสามภาคตอบในแบบแผนเดียวกัน คือ สระผมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง

สำหรับการทำความสะอาดเหงือกและฟัน ขณะที่ผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคเหนือ แปรงฟันทุกเช้าเย็น ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่แปรงฟันเฉพาะตอนเช้าและที่สำคัญคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่แปรงฟันเพราะไม่มีฟันจะแปรงของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมากที่สุด ส่วนวิธีการทำความสะอาดเหงือกและฟันที่นอกเหนือจากการแปรงฟันก็คือ การบ้วนปากเฉย ๆ

8. พฤติกรรมการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่ดื่มเหล้า แต่เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการดื่มเหล้าแล้วพบว่าผู้สูงอายุภาคกลางมีสัดส่วนการดื่มเหล้าสูงกว่าผู้สูงอายุในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่ผู้สูงอายุภาคเหนือมีสัดส่วนการสูบบุหรี่สูงกว่าอีก 2 ภาคที่เหลือ ส่วนการกินหมาก ผู้สูงอายุที่ไม่กินหมากมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่กินหมาก ยกเว้นผู้สูงอายุภาคเหนือที่สัดส่วนผู้ไม่กินหมากสูงกว่าผู้สูงอายุที่กินหมากประมาณเท่าตัว และพบว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกินหมากมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กินหมาก

สำหรับการกินยาชุดแก้เมื่อย/คลายเส้น ผู้สูงอายุภาคกลางกินยาชุดแก้เมื่อย/คลายเส้น ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

9. การใช้เวลาในชีวิตประจำวัน

การใช้เวลาในชีวิตประจำวันแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ กิจกรรมที่ทำให้ได้ออกแรง กิจกรรมที่ทำให้ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และกิจกรรมที่ทำให้ได้พัฒนาจิตใจ/เชาว์ปัญญา

9.1 กิจกรรมที่ทำให้ได้ออกแรง

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะทำงานเบา ๆ เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า เลี้ยงสัตว์ ข่ายตลาด ซื่อของ และเดินเล่น เมื่ออายุมากขึ้นการทำกิจกรรมในเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าวจะลดลง และการทำกิจกรรมประเภทนี้จะแตกต่างกันตามเพศ กล่าวคือ โดยภาพรวมแล้ว ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่จะทำอาชีพที่ใช้แรง ปลูกต้นไม้ คายหญ้า เลี้ยงสัตว์ ซ่อมแซมเครื่องใช้ในบ้าน งานฝีมือหัตถกรรม ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ไปจ่ายตลาด ซื่อของ ส่วนการเดินเล่นและการเลี้ยงลูกหลาน ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายทำในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

9.2 กิจกรรมที่ทำให้ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพูดคุยกับคนในบ้านและกับเพื่อนบ้าน กับไปร่วมงานสังคม และงานประเพณีในท้องถิ่น เช่น งานศพ งานบวช มากกว่าที่จะไปเยี่ยมญาติมิตร การให้คำปรึกษา หรือการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุชายทำกิจกรรมประเภทนี้มากกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุก ๆ เรื่อง

9.3 กิจกรรมที่ทำให้ได้พัฒนาจิตใจและเชาว์ปัญญา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมทางด้านศาสนา เช่น การสวดมนต์ ใ้ส่าบตร ไปวัดฟังธรรม และการทำบุญวันพระ นอกนั้นก็ได้แก่ การดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุ เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีความสนใจในการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือสนทนาปัญหาบ้านเมืองมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนผู้สูงอายุหญิงสนใจทำกิจกรรมทางศาสนามากกว่าผู้สูงอายุชาย

เอกสารอ้างอิง

- โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (2538). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย*.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2532). *ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. รายงานวิจัยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541). *ครอบครัวและผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในประเทศไทย*. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ เรื่อง “ครอบครัวและผู้สูงอายุ” สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ (2539). *การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ*. เอกสารโรเนียว.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2539). *การศึกษาผู้สูงอายุ*. เอกสารเผยแพร่.
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2535). *สถิติสาธารณสุข 2535*. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศุกัญญา โรจน์ประเสริฐ. (2541). *ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

รองศาสตราจารย์นายแพทย์ประเสริฐ ธิสสันต์ชัย

ปัญหาทางโภชนาการมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านที่เป็นสาเหตุนำไปสู่ปัญหาทางคลินิก ขณะเดียวกันปัญหาทางคลินิกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเองก็นำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ ในลักษณะที่เป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ปัญหาทุพโภชนาการยังพบบ่อยที่สุดในกลุ่มประชากรสูงอายุมากกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ ด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมในแต่ละชุมชน บุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาทุพโภชนาการที่อาจซ่อนเร้นอยู่หรือเป็นพื้นฐานของปัญหาที่ผู้สูงอายุนั้นกำลังประสบอยู่ได้

การวิจัยนี้ได้สำรวจภาวะโภชนาการ ทั้งที่เป็นภาวะ Protein energy malnutrition ภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน, ภาวะขาดวิตามินชนิดต่างๆ ได้แก่ วิตามินเอ, วิตามินบีหนึ่ง, บีสิบสอง, กรดโฟลิก, วิตามินซี และวิตามินอี และภาวะ hypercholesterolemia ใน 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่

- | | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 1. ภาคกลาง | อำเภอห้วยพสุ | จังหวัดนครปฐม |
| 2. ภาคอีสาน | อำเภอเมือง | จังหวัดสกลนคร |
| 3. ภาคเหนือ | อำเภอห้างฉัตร | จังหวัดลำปาง |
| 4. ภาคใต้ | อำเภอเมือง | จังหวัดระนอง |

จำนวนผู้สูงอายุประมาณ ภาคละ 500 คน ผลการศึกษาดังใน ตารางที่ 1 ถึง ตารางที่ 9

ตารางที่ 1. ภาวะทุโภชนาการ protein energy malnutrition เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	ขาดอาหาร	ไม่ขาดอาหาร	P value
ภาคกลาง (3)			
ชาย	36 (16%)	183	< 0.01
หญิง	35 (9%)	358	
รวม	71 (12%)	541	
ภาคอีสาน (4)			
ชาย	24 (11%)	190	0.54
หญิง	35 (9%)	343	
รวม	59 (10%)	533	
ภาคเหนือ (1)			
ชาย	83 (33%)	169	0.74
หญิง	107 (31%)	235	
รวม	190 (32%)	404	
ภาคใต้ (2)			
ชาย	44 (22%)	160	< 0.002
หญิง	37 (11%)	297	
รวม	81 (15%)	457	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของการขาดสารอาหาร

ตารางที่ 2. ภาวะโภชนาการเกิน (อ้วน)เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำนวนตามภาคต่างๆ

	อ้วน	ไม่อ้วน	P value
ภาคกลาง (2)			
ชาย	12 (6%)	207	0.79
หญิง	25 (6%)	368	
รวม	37 (6%)	575	
ภาคอีสาน (1)			
ชาย	4 (2%)	210	< 0.001
หญิง	37 (10%)	341	
รวม	41 (7%)	551	
ภาคเหนือ (3)			
ชาย	1 (0.4%)	251	0.25
หญิง	5 (2%)	337	
รวม	6 (1%)	588	
ภาคใต้ (1)			
ชาย	6 (3%)	198	0.01
หญิง	30 (9%)	304	
รวม	36 (7%)	502	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของความคิดปรกติ

ตารางที่ 3. ภาวะขาดวิตามินเอ เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	ขาดวิตามินเอ	ไม่ขาดวิตามินเอ	P value
ภาคกลาง (3)			
ชาย	6 (3%)	172	1.0
หญิง	12 (4%)	311	
รวม	18 (4%)	483	
ภาคอีสาน (1)			
ชาย	22 (14%)	136	0.51
หญิง	31 (11%)	244	
รวม	53 (12%)	380	
ภาคเหนือ (4)			
ชาย	0 (0%)	182	0.16
หญิง	5 (2%)	269	
รวม	5 (1%)	451	
ภาคใต้ (2)			
ชาย	16 (10%)	149	0.43
หญิง	19 (7%)	250	
รวม	35 (8%)	399	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของการขาดสารอาหาร

ตารางที่ 4. ภาวะขาดวิตามินบีหนึ่ง เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	ขาดวิตามินบีหนึ่ง	ไม่ขาดวิตามินบีหนึ่ง	P value
ภาคกลาง (2)			
ชาย	81 (40%)	123	0.87
หญิง	151 (41%)	219	
รวม	232 (40%)	342	
ภาคอีสาน (3)			
ชาย	37 (20%)	149	0.87
หญิง	61 (19%)	262	
รวม	98 (19%)	411	
ภาคเหนือ (1)			
ชาย	106 (49%)	109	0.06
หญิง	117 (40%)	173	
รวม	223 (44%)	285	
ภาคใต้ (4)			
ชาย	24 (14%)	153	1.0
หญิง	40 (14%)	247	
รวม	64 (14%)	400	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหาร ในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของการขาดสารอาหาร

ตารางที่ 5. ภาวะขาดวิตามินบีสิบสอง เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	ขาดวิตามินบีสิบสอง	ไม่ขาดวิตามิน บีสิบสอง	P value
ภาคกลาง			
ชาย	1 (0.5%)	184	0.43
หญิง	6 (2%)	323	
รวม	7 (1%)	507	
ภาคอีสาน			
ชาย	0 (0%)	170	--
หญิง	0 (0%)	306	
รวม	0 (0%)	476	
ภาคเหนือ			
ชาย	0 (0%)	175	--
หญิง	0 (0%)	250	
รวม	0 (0%)	425	
ภาคใต้			
ชาย	2 (1%)	147	0.56
หญิง	1 (0.4%)	239	
รวม	3 (1%)	386	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว

ตารางที่ 6. ภาวะขาดกรดโฟลิก เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	ขาดกรดโฟลิก	ไม่ขาดกรดโฟลิก	P value
ภาคกลาง (3)			
ชาย	53 (29%)	132	< 0.03
หญิง	64 (20%)	265	
รวม	117 (23%)	397	
ภาคอีสาน (2)			
ชาย	74 (44%)	96	< 0.02
หญิง	97 (32%)	209	
รวม	171 (36%)	305	
ภาคเหนือ (2)			
ชาย	80 (46%)	95	< 0.001
หญิง	72 (29%)	178	
รวม	152 (36%)	273	
ภาคใต้ (1)			
ชาย	114 (77%)	35	< 0.005
หญิง	146 (61%)	94	
รวม	260 (67%)	129	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของการขาดสารอาหาร

ตารางที่ 7. ภาวะขาดวิตามินซี เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	ขาดวิตามินซี	ไม่ขาดวิตามินซี	P value
ภาคกลาง (2)			
ชาย	38 (18%)	178	0.38
หญิง	56 (15%)	329	
รวม	94 (16%)	507	
ภาคอีสาน (1)			
ชาย	28 (15%)	157	0.10
หญิง	71 (22%)	260	
รวม	99 (19%)	417	
ภาคเหนือ (3)			
ชาย	2 (1%)	186	0.32
หญิง	7 (3%)	269	
รวม	9 (2%)	455	
ภาคใต้ (4)			
ชาย	0 (0%)	173	--
หญิง	0 (0%)	294	
รวม	0 (0%)	467	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของการขาดสารอาหาร

ตารางที่ 8. ภาวะขาดวิตามินอี เปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	ขาดวิตามินอี	ไม่ขาดวิตามินอี	P value
ภาคกลาง (2)			
ชาย	99 (58%)	73	< 0.05
หญิง	146 (48%)	160	
รวม	245 (51%)	233	
ภาคอีสาน (1)			
ชาย	142 (90%)	16	0.93
หญิง	245 (89%)	30	
รวม	387 (89%)	46	
ภาคเหนือ (4)			
ชาย	78 (43%)	104	< 0.005
หญิง	80 (29%)	194	
รวม	158 (35%)	298	
ภาคใต้ (3)			
ชาย	95 (58%)	70	< 0.005
หญิง	115 (43%)	154	
รวม	210 (48%)	224	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของการขาดสารอาหาร

ตารางที่ 9. ภาวะโกลสเตอรอลสูงในเลือดเปรียบเทียบระหว่างเพศ และจำแนกตามภาคต่างๆ

	สูงผิดปกติ	ไม่สูงผิดปกติ	P value
ภาคกลาง (1)			
ชาย	137 (63%)	82	< 0.002
หญิง	294 (75%)	99	
รวม	431 (70%)	181	
ภาคอีสาน (2)			
ชาย	86 (40%)	128	0.07
หญิง	182 (48%)	196	
รวม	268 (45%)	324	
ภาคเหนือ (4)			
ชาย	19 (8%)	233	< 0.03
หญิง	47 (14%)	295	
รวม	66 (11%)	528	
ภาคใต้ (3)			
ชาย	40 (20%)	164	< 0.001
หญิง	130 (39%)	204	
รวม	170 (32%)	368	

หมายเหตุ ค่า (%) ในวงเล็บแสดงถึงค่าร้อยละของภาวะขาดอาหารในช่องนั้นเทียบกับจำนวนทั้งหมดในแต่ละแถว
ค่าในวงเล็บหลังภาคต่างๆแสดงลำดับที่ของความผิดปกติ

ภาวะขาดอาหารทั้งโปรตีนและพลังงาน (Protein energy malnutrition-PEM)

ผู้สูงอายุในภาคเหนือ จะมีภาวะ PEM มากที่สุดถึง 32% รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ 15% ภาคกลาง 12% และภาคอีสาน 10% โดยผู้สูงอายุชายจะมีภาวะ PEM มากกว่าผู้สูงอายุหญิง ทุกภาคของประเทศ แต่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ภาคใต้และภาคกลาง บ่งถึงปัญหาการขาดอาหารในผู้สูงอายุ ภาคเหนืออย่างรุนแรง ทั้งชายและหญิง ส่วนความชุกของภาวะ PEM ในอีก 3 ภาคใกล้เคียงกัน ประมาณ 10-15%

ภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน (Obesity)

ผู้สูงอายุในภาคใต้ ภาคกลาง และภาคอีสาน มีปัญหาภาวะโภชนาการเกินใกล้เคียงกันประมาณ 6-7% โดยมีผู้สูงอายุหญิงจะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุชายเกือบทุกภาคยกเว้นภาคกลาง ซึ่งมีผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง มีภาวะโภชนาการเกินใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลในภาวะ PEM บ่งถึงเพศหญิงมีการสะสมสารอาหารทั้งโปรตีน และพลังงานสำรองไว้มากกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะที่ภาคใต้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจน ส่วนผู้สูงอายุในภาคเหนือมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินน้อยมากเพียง 1% ย้ำถึงความรีบด่วนในการแก้ปัญหาภาวะ PEM ในภาคเหนือ

ภาวะขาดวิตามิน เอ

ผู้สูงอายุในภาคอีสานจะขาดวิตามินเอ มากที่สุดราว 12% รองลงมาได้แก่ภาคใต้ 8% ภาคกลาง 4% และภาคเหนือ 1% ทั้งนี้แม้ว่าภาคเหนือจะมีการขาดอาหารแบบ Protein energy malnutrition มากที่สุดแต่ก็ขาดวิตามินเอ เพียง 1% ส่วนใหญ่เนื่องจากการเก็บสะสมวิตามิน เอ ภายในตับทำให้ระดับวิตามินเอในเลือดคงที่ ส่วนในภาคอีสาน ผู้สูงอายุนับประทานอาหารที่มีวิตามินเอต่ำมาก ซึ่งปรากฏการณ์นี้ก็พบในเด็กภาคอีสาน เช่นกัน ความแตกต่างระหว่างเพศ ไม่มีผลต่อระดับวิตามินเอ

ภาวะขาดวิตามินบีหนึ่ง

ผู้สูงอายุชายและหญิงมี ภาวะขาดวิตามินบี 1 ไม่แตกต่างกันในทั้ง 4 ภาค โดยพบมากที่สุด ในภาคเหนือถึง 49% ในชายและ 40% ในหญิง รองลงมาได้แก่ภาคกลาง 40% ภาคอีสาน 19% และภาคใต้ 14 % การที่พบภาวะขาดวิตามินบีหนึ่งมากที่สุด ในภาคเหนือ สอดคล้องกับการพบภาวะ PEM มากที่สุดในภาคเหนือเช่นเดียวกัน เพราะวิตามินบีหนึ่ง ซึ่งเป็นวิตามินชนิดละลายน้ำได้ จะลดลงรวดเร็วก่อนวิตามินชนิดอื่น เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหารโดยทั่วไป ยังพบว่าภาวะยากจนและการขาดความรู้ทางโภชนาการเป็นสาเหตุสำคัญของการขาดวิตามินบีหนึ่ง มากกว่าการขาดวิตามินชนิดอื่นๆ อีกด้วย

ภาวะขาดวิตามินบีสิบสอง

ภาวะการขาดวิตามินบีสิบสอง ไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของผู้สูงอายุไทย ดังที่พบความชุกของโรคนี้น้อยมากในประเทศทางตะวันตก จากโรค pernicious anemia เพราะมีความชุกเพียง 0-1% ในทั้ง 4 ภาคของประเทศ ทั้งนี้เพียงจากร่างกายต้องการปริมาณวิตามินบีสิบสองไม่มาก ทั้งยังมีการดูดซึมกลับผ่านทาง enterohepatic circulation และพบโรค pernicious anemia ในคนไทยน้อยมาก

ภาวะขาดกรดโฟลิก

พบภาวะขาดกรดโฟลิกในผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิงทั้ง 4 ภาคของประเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งถึงผู้สูงอายุชายรับประทานผักใบเขียวน้อยกว่าหรือมักรับประทานอาหารที่โดนความร้อนมากเกินไป หรือการดื่มสุรามากกว่าในผู้สูงอายุหญิง ความชุกของภาวะนี้พบมากที่สุดในภาคใต้ รองลงมาที่ภาคอีสาน ภาคเหนือ และน้อยที่สุดในภาคกลาง

ภาวะขาดวิตามินบี

ความชุกจะไม่แตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง โดยพบมากที่สุดในภาคอีสาน 19% รองลงมาได้แก่ภาคกลาง 16% ภาคเหนือ 2% และภาคใต้ไม่พบเลย

ภาวะขาดวิตามินอี

ผู้สูงอายุชายมีภาวะขาดวิตามินอี มากกว่าในหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกภาคยกเว้นภาคอีสาน ซึ่งมีการขาดวิตามินอี รุนแรงที่สุดถึงเกือบ 90% ขณะที่ภาคเหนือมีการขาดวิตามินอี น้อยที่สุดแต่ก็พบมากถึง 35%

ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง

พบผู้สูงอายุหญิงที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง มีมากกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกภาค โดยพบมากที่สุดในภาคกลาง 70% รองลงมาได้แก่ภาคอีสาน 45% ภาคใต้ 32% และภาคเหนือ 11% บ่งถึงความสัมพันธ์ผกผันระหว่างภาวะ PEM และภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เนื่องจากพบภาวะ PEM มากที่สุดในภาคเหนือขณะที่ในภาคเหนือพบภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง น้อยที่สุด

Prevalence of movement disorders in community - dwelling Thai elderly in Nakornpathom Province

V. Senanarong*, N Pongvarin, A Viriyavejjakul,
N Prayoonwiwat, R. Chaisewikul
Div. of Neurology, Dpt. of Medicine, Faculty of Medicine at Siriraj Hospital,
Mahidol University, Thailand.

Ageing population in developing countries is increasing in size. Prevalence of movement disorders in this population has not been studied in Thailand. We examined 615 elderly people aged ≥ 60 years old, living at Amphor Nakornchaisri, Nakornpathom Province, in the central of Thailand. This descriptive epidemiological study was carried out during August-October 1995. Cross-sectional survey by history taking and physical examination was conducted using international accepted diagnosis criteria. Prevalence of movement disorders was discovered in 9.92% (female 52.46%, male 47.54%). Age-specific prevalence of movement disorder is increased with increasing age. The prevalence of Parkinson's disease is 1.95% in our study. Other movement disorders found in this population are essential tremor(7.65%), sensory ataxia(0.16%), and hemifacial spasm(0.32%). Approximately seventy eight percents of those with essential tremor were action tremor and 31.9% were postural tremor. Eighty four percents of those were in the arms, 14.89% were in the head and 10.64% were in the jaw. All of those with head titubation were female. CD Marsden classified abnormal gait into the lowest, middle and highest level gait syndromes. In our study 58.33% of the elderly had the lowest level gait disorders, 39.58% had middle level, and 2.08% had the highest level. Details were as following : 14.58% having hemiplegic gait, 25% having Parkinsonian gait, 47.92 % having limping gait, 4.17% having sensory ataxic gait, 6.25% having waddling gait and 2.08% having apraxic gait. This study was a part of across the country survey of the elderly in Thailand. Analysis from additional data including more than 2,400 ederly people is now being carried out.

การสำรวจข้อมูลพื้นฐานและความชุกของโรคต่างๆในผู้สูงอายุไทย
(Epidemiological survey of prevalence of disease in Thai community
dwelling elderly.)

Senanarong V^{*}, Pongvarin N, Prayoonwiwat N. et al.

We conducted a cross-sectional community survey of 2861 Thai elderly who aged 60 years in four provinces namely Nakornpathom, Lumpang, Sakulnakorn and Ranong during 1994-1996. History was taken by doctors and medical personals then physical examination was performed by intermists and neurologists. Blood was taken to analyse hematologically and blochemically. SPSS version 6.0 was used to make descriptive analysis. Among thease Thai elderly 39% were male, and 61% were female. Mean age was 69.03 years old. Hypertension was found in 34% (BP \geq 140/90 mmHg.), 5% had anemia (Hct<30%), 97% had hypercholesterolemia (>200mg%) and 91% had diabetes mellitus (fasting blood sugar \geq 140 mg%). Using pocket Snellen's chart with pinhole correction, blindness (Visual acuity < 20/200) was found 4.7% in right eye and 7.3% in left eye. Using watch test, hearing could not appreciated in 2.4% in right ear, and 2.2% in left ear. Carotid bruit was heard in 2% (1% right, 1% left), 5% was diagnosed as having valvular heart disease, 17% having kyphoscoliosis, 9% having frozen sholders, 17% having osteorthritis (majority was at knee joints), 7% having gait disorders, 8.1% having movement disorder, 1.1% having previous stroke, 10% having memory complaint suggestion of dementia, 33% having history of insomnia and 38% having headache in the past 3 months. These data should be valuable for the health care plan for the country in the future. The study was funded by Mahidol University Reserch Fund.



^{*}ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Epidemiology of Stroke in the Elderly in Thailand

ADULYA VIRIYAVEJAKUL, M.D., F.R.C.P.*, VORAPAN SENANARONG, M.D., M.R.C.P.(UK)*,
NARAPORN PRAYOONWIWAT, M.D.*, RUNGNIERUND PRADITSUWAN, M.D.*,
RUNGSAN CHAISEVIKUL, M.D.*, NIPHON POUNGVARIN, M.D., F.R.C.P.*

Abstract

Epidemiology of stroke in the elderly in Thailand was conducted from August 1994 to October 1996. The total of 3,036 Thai elderly were included in this study. They represented the elderly population from four regions; Central Region (615 elderly, Nakhon Pathom Province), Northern Region (840 elderly, Lampang Province), North-Eastern Region (706 elderly, Sakon Nakhon Province), and Southern Region (857 elderly, Ranong Province). All elderly in these selected areas received general physical examinations and complete neurological examinations from neurologists. Demographic data concerning each individual was recorded by specially trained nurses. Data included age, sex, occupation, education, drug usage, alcohol, smoking and pre-existing diseases. Blood was taken from each subject for complete blood count, fasting blood sugar, cholesterol, triglyceride, high density lipoprotein cholesterol and VDRL. Data on physical examinations were recorded with particular attention to blood pressure, carotid bruit, cardiac murmurs, cardiac arrhythmia, speech, posture, gait, frontal lobe releasing signs, Babinski sign and focal neurological deficit.

Thirty-four stroke patients were identified from 3,036 elderly (prevalence rate of 1.12 per cent). There were 12 stroke patients from Central Region (prevalence rate of 1.99 per cent), 5 from Northern Region (0.6 per cent), 4 from North-Eastern Region (0.6 per cent) and 13 from Southern Region (1.5 per cent). Hypertension was the main risk factor for stroke in this study whereas diabetes mellitus, smoking, alcohol consumption, hyperlipidemia and underlying heart diseases were insignificant risk factors. The prevalence of hypertension in Thai elderly was ranging from 16.7 to 47.2 per cent (criteria over 140/90 mmHg) or 6.1 to 24.8 per cent (criteria over 160/90 mmHg). Prevalence of smoking and alcohol consumption in Thai elderly ranged from 19.5 per cent (Sakon Nakhon) to 62.1 (Lampang) and 16.75 per cent (Nakhon Pathom) to 33.70 per cent (Lampang) respectively. Data from physical examinations revealed that dysarthria, hemiplegic gait and Babinski sign were the significant signs for diagnosis of stroke in the community setting. The prevalence of carotid bruit, cardiac murmur and cardiac arrhythmia were ranging from 1.3 to 1.8 per cent, 3.1-7.1 per cent and 0.8-1.4 per cent respectively.

* Department of Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700.

From this study, it can be concluded that stroke prevention is the best policy for stroke management. Stroke prevention measures should thus be aimed at the high risk elderly group. This is best achieved by identifying risk factors among them and then controlling these risk factors properly.

Stroke or cerebrovascular disease is an important cause of mortality and a major source of morbidity with a high estimated cost world-wide. Stroke is an important and common medical emergency during which patients need to be admitted and properly treated in hospital in both developed and developing countries. Perhaps stroke is one of the neurological disorders in which epidemiology has made the greatest contribution. In addition to delineating the major risk factors for stroke, there is evidence to suggest that modifying these risk factors has helped produce a decline in mortality and morbidity due to the condition⁽¹⁾.

In Thailand there have been only two community studies concerning the epidemiology of stroke^(2,3). One study was conducted in Bangkok Metropolitan area in 1983 and revealed that stroke prevalence rate is 690/100,000 population (age over 20 year old) for Thailand⁽²⁾. The other study was concerning the risk factors of stroke in urban community⁽³⁾. There is still no data of the epidemiology of stroke in the Thai elderly. Thus it is vital to conduct a study to address the prevalence and risk factors of stroke in this high risk group (elderly) to facilitate proper planning to combat the problem of stroke in Thailand.

PATIENTS AND METHOD

This stroke epidemiological study was conducted from August 1994 to October 1996. In order to cover four regions of Thailand, the selected study areas were:

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 1. Central Region | - | Nakhon Pathom Province (Amphoe Nakhon Chaisi) |
| 2. Northern Region | - | Lampang Province (Amphoe Hang Chat) |
| 3. North-Eastern Region | - | Sakon Nakhon Province (Amphoe Muang) |
| 4. Southern Region | - | Ranong Province (Amphoe Muang) |

In each study area Thai elderly (age over 60 years old) were enrolled in this epidemiological survey. Each subject received a complete physical and neurological examination from a neurologist. Demographic data concerning each subject was collected by specially trained nurses. Data included age, sex, occupation, education, drug usage, alcohol, smoking and underlying diseases. Blood was taken from each subject for complete blood count, fasting blood sugar, cholesterol, triglyceride, high density lipoprotein cholesterol and VDRL.

Data from physical examinations were recorded with particular attention to blood pressure, carotid bruit, cardiac murmur, cardiac arrhythmia, speech, posture, gait, frontal lobe releasing signs, Babinski sign and focal neurological deficit. History of hypertension, previous heart disease, alcohol and smoking were rechecked by neurologists during the physical examination. Descriptive analysis using SPSS 6.0 is used in this cross-sectional survey to draw comparisons between groups.

RESULT

The total of 3,036 Thai elderly were included in this study; 615 subjects from Nakhon Pathom, 840 from Lampang, 706 from Sakon Nakhon, and 857 from Ranong. The total number of stroke patients among 3,036 examined subjects was 34, thus prevalence rate was calculated as 1.12 per cent. The distribution of stroke patients in

each region was as follows : Nakhon Pathom (12/615 = 1.99%), Lampang (5/840=0.6%), Sakon Nakhon (4/706 = 0.6%), and Ranong (13/857 = 1.5%).

Comparison of demographic data, clinical parameters and blood tests of stroke patients and non-stroke elderly were tabulated in detail nation-wide and for each region (Table 1-5).

DISCUSSION

Epidemiological studies of stroke have been done world-wide to estimate the magnitude and burden of the disease⁽⁴⁾. Epidemiology of stroke in developed countries is well established as in North America, Europe and Australia. These

data include prevalence, incidence, mortality, and secular trend in stroke. The developing world has fewer documented statistics concerning stroke. For example, Asian countries (comprising more than half of the world population) have very limited information on incidence, prevalence and mortality due to stroke. Kurtzke has estimated that among Caucasians, the mortality rate due to stroke is 50 to 100 per 100,000; the incidence rate is 100 to 200 per 100,000; and the prevalence rate is 500 to 600 per 100,000⁽⁵⁾. Viriyavejakul reviewed epidemiological studies of stroke in Asia and reported lower stroke mortality rate, probably due to inaccuracy of death certificates in rural areas⁽⁶⁾.

Table 1. Comparison of demographic data, clinical parameters and blood tests of stroke patients and non-stroke elderly nation-wide.

	Stroke (n=34)	Non-strok (n=3036)	P-value
1. Age (mean \pm SD)	69.06 \pm 6.54	68.98 \pm 6.80	0.95
2. Sex : M : F	20 : 14	1089 : 1738	0.006
3. Body weight (kgs)	54.93 \pm 10.01	53.67 \pm 11.0	0.532
4. Height (cm)	154.41 \pm 8.12	153.27 \pm 29.56	0.837
5. Systolic blood pressure	151.0 \pm 26.83	134.28 \pm 31.39	0.004
6. Diastolic blood pressure	95.0 \pm 15.26	83.25 \pm 14.29	< 0.0001
7. BP \geq 140/90	66.7 %	34.2 %	0.001
8. BP \geq 160/90	46.7 %	16.3 %	0.00001
9. Hematocrit (%)	42.52 \pm 5.08	40.39 \pm 6.14	0.098
10. Mean arterial blood pressure	113.66 \pm 18.16	100.26 \pm 17.63	< 0.0001
11. History of hypertension (%)	43.3	58.4	0.859
12. History of heart disease (%)	6.7	6.3	0.926
13. Smoker (%)	55.6	51.9	0.661
14. Ex-smoker (%)	44.4	48.1	0.661
15. Alcohol abuse (%)	47.2	44.4	0.735
16. Ex-alcohol abuse (%)	52.8	55.6	0.735
17. Displaced cardiac apex (%)	17.6	7.4	0.039
18. Carotid bruit (%)	0	1.6	1.000
19. Cardiac murmurs (%)	2.9	5.2	1.000
20. AF or irregular pulse (%)	0	1.2	1.000
21. Dysarthria (%)	17.6	0.4	< 0.0001
22. Frontal lobe releasing signs (%)			
Palmomental	47	25.7	0.008
Grasping	5.8	2.45	0.20
Snouting	49.9	47.2	0.87
Glabellar	17.6	25.2	0.42
23. Babinski's sign (%)	23.5	2.1	< 0.0001
24. Abnormal posture (%)	20.6	8.4	0.021
25. Abnormal gait (%)			
Spastic	0	0.7	1.000
Hemiplegic	47.1	0.2	< 0.0001
Shuffling/feetinant	2.9	0.3	0.105
26. FBS	117.89 \pm 58.09	102.94 \pm 39.21	0.185
27. Cholesterol	249.37 \pm 47.20	232.63 \pm 53.30	0.105
28. Triglycerides	208.81 \pm 103.24	182.95 \pm 115.53	0.247
29. HDL	34.59 \pm 8.65	39.88 \pm 14.70	0.062
30. VDRL+ve (%)	0	2.4	1.0

Table 2. Comparison of demographic data, clinical parameters and blood tests of stroke patients and non-stroke elderly in Nakhon Pathom Province

	Stroke (n=12)	Non-stroke (n=615)	P-value
1. Age (mean \pm SD)	68.42 \pm 6.67	69.88 \pm 7.31	0.535
2. Sex : M : F	7 : 5	214 : 389	0.13
3. Body weight (kgs)	58.32 \pm 9.75	53.60 \pm 10.71	0.1159
4. Height (cm)	153.49 \pm 7.71	152.08 \pm 8.62	0.6167
5. Systolic blood pressure	153.33 \pm 32	141.38 \pm 23.57	0.1466
6. Diastolic blood pressure	99.17 \pm 19.29	88.19 \pm 17.11	0.0257
7. BP \geq 140/90	66.7%	46.5%	0.272
8. BP \geq 160/90	50.0%	24.8%	0.084
9. Hematocrit (%)	41.09 \pm 2.14	38.97 \pm 4.50	0.5314
10. Mean arterial blood pressure	117.22 \pm 22.42	105.92 \pm 17.93	0.032
11. History of hypertension (%)	50	16.6	0.008
12. History of heart disease (%)	8.3	6.7	0.566
13. Smoker (%)	25	24.05	1.0
14. Ex-smoker (%)	16.67	9.95	0.345
15. Alcohol abuse (%)	8.33	16.75	0.701
16. Ex-alcohol abuse (%)	8.33	11.11	1.0
17. Displaced cardiac apex (%)	23.1	10.5	0.128
18. Carotid bruit (%)	0	1.5	1.0
19. Cardiac murmurs (%)	0	7.1	1.0
20. AF or irregular pulse (%)	0	1.6	1.0
21. Dysarthria (%)	23.1	0.1	0.00002
22. Frontal lobe releasing signs (%)			
Palmomental	46.2	30.4	0.202
Grasping	7.7	2.3	0.258
Snouting	38.5	35.7	0.763
Glabellar	18.2	7.7	0.763
23. Babinski's sign (%)	15.4	2	0.027
24. Abnormal posture (%)	23.1	9.8	0.111
25. Abnormal gait (%)			
Spastic	0	0.1	1.0
Hemiplegic	38.5	0	0.0000001
Shuffling/festinant	7.7	3.8	0.077
26. FBS	152.82 \pm 79.92	119.36 \pm 46.57	0.196
27. Cholesterol	274.27 \pm 40.22	262.11 \pm 43.13	0.340
28. Triglycerides	220.64 \pm 77.59	179.16 \pm 117.79	0.246
29. HDL	36.26 \pm 5.84	41.75 \pm 11.29	0.088
30. VDRL+ve (%)	0	2	1.0

The most important considerations in epidemiological investigations are the accuracy of the diagnosis and the representativeness of the population surveyed. Diagnostic accuracy is a direct function of the neurological expertise available to evaluate the population. Overcoming this weakness, this study was done by neurologists and each individual subject was examined fully with both physical and neurological examinations. Concerning the population surveyed, the representative areas of each region were selected to produce nation-wide data. All elderly aged over 60 years old in the selected areas were enrolled in this study. When-

ever a stroke patient was indentified, another neurologist was asked to reconfirm the accuracy of physical findings. Thus this study is aiming to verify the accuracy of the definite diagnosis of stroke and risk factors.

Stroke prevalence increases with age. Thus elderly is the highest risk group for stroke attack. Data from United States of America showed 1-5 per cent prevalence rate of stroke after the age of 65 years old^(4,5,7,8). The prevalence rate of stroke in elderly (age over 60) in this community-based study was 1.12 per cent which it is the only data available in Thailand that could be coded for comparison in the future.

Table 3. Comparison of demographic data, clinical parameters and blood tests of stroke patients and non-stroke elderly in Lampang Province

	Stroke (n=5)	Non-stroke (n=840)	P-value
1. Age (mean \pm SD)	72.80 \pm 9.68	69.42 \pm 7.12	0.292
2. Sex : M : F	2 : 3	332 : 459	0.866
3. Body weight (kgs)	34.54 \pm 21.58	46.46 \pm 10.09	0.284
4. Height (cm)	153.00 \pm 10.00	149.80 \pm 10.69	0.551
5. Systolic blood pressure	138.00 \pm 22.80	125.95 \pm 43.09	0.533
6. Diastolic blood pressure	88.00 \pm 8.36	77.13 \pm 11.76	0.04
7. BP \geq 140/90	40%	16.7%	0.199
8. BP \geq 160/90	20%	6.1%	0.276
9. Hematocrit (%)	-	-	-
10. Mean arterial blood pressure	104.66 \pm 11.92	93.40 \pm 18.44	0.174
11. History of hypertension (%)	50.0	18.1	0.335
12. History of heart disease (%)	-	2.9	-
13. Smoker (%)	100	62.1	1.00
14. Ex-smoker (%)	0	42.7	NA
15. Alcohol abuse (%)	100	33.7	NA
16. Ex-alcohol abuse (%)	100	20.5	NA
17. Displaced cardiac apex (%)	25	8.7	0.309
18. Carotid bruit (%)	0	1.8	1.000
19. Cardiac murmurs (%)	0	5.4	1.000
20. AF or irregular pulse (%)	0	0.9	1.000
21. Dysarthria (%)	5	0.6	0.029
22. Frontal lobe releasing signs (%)			
Palmomental	100.0	29.6	0.325
Grasping	0	2.7	1.000
Snouting	75	61.3	0.645
Glabellar	50	35.6	0.619
23. Babinski's sign (%)	100	0.2	< 0.001
24. Abnormal posture (%)	50	13.2	0.088
25. Abnormal gait (%)			
Spastic	0	0.8	1.000
Hemiplegic	75	0.3	< 0.001
Shuffling/festinant	-	-	-
26. FBS	92.33 \pm 10.97	90.60 \pm 19.54	0.030
27. Cholesterol	267 \pm 65.20	191.98 \pm 40.76	0.002
28. Triglycerides	353.66 \pm 107.67	198.26 \pm 111.95	0.017
29. HDL	36.00 \pm 5.56	43.21 \pm 10.34	0.228
30. VDRL+ve (%)	-	-	-

Data on risk factors of stroke in the developing world are usually similar to those from developed countries because most of the data are collected in the same format of standard design. Age and hypertension are the most important risk factors for stroke. Other factors such as diabetes mellitus, smoking, elevated blood lipids and obesity seem to be of less importance in stroke than in heart disease. In Thailand there are only a few studies concerning stroke risk factors, and all these were studies involving only small numbers of patients and thus did not represent the whole nation⁽⁹⁻¹¹⁾.

Data from this study revealed that the most important risk factor of stroke in Thai elderly was hypertension. The prevalence of hypertension among Thai elderly in this study varied between 16.7 to 47.2 per cent (criteria over 140/90 mmHg) or 6.1 to 24.8 per cent (criteria over 160/90 mmHg). The lowest prevalence of hypertension was recorded from the Northern region, probably because the study area is less urbanized than other regions. This confirms the notion that hypertension is a disease resulting from urbanization. Diabetes mellitus, underlying heart disease, hyperlipidemia, smoking and alcohol consumption seemed to be

Table 4. Comparison of demographic data, clinical parameters and blood tests of stroke patients and non-stroke elderly in Sakon Nakhon Province

	Stroke (n=4)	Non-stroke(n=706)	P-value
1. Age (mean \pm SD)	71.00 \pm 7.61	68.40 \pm 6.29	0.412
2. Sex: M:F 3:1	237:416	0.382	
3. Body weight (kgs)	54.75 \pm 11.87	55.66 \pm 13.19	0.890
4. Height (cm)	149.00 \pm 2.64	152.29 \pm 7.82	0.466
5. Systolic blood pressure	135.00 \pm 19.1*	138.09 \pm 22.81	0.787
6. Diastolic blood pressure	92.50 \pm 12.58	88.0646 \pm 13.32	0.507
7. BP \geq 140/90	50.0%	47.2%	1.000
8. BP \geq 160/90	25%	20.5%	1.000
9. Haematocrit (%)	38.66 \pm 2.88	38.11 \pm 7.02	0.892
10. Mean arterial blood pressure	106.66 \pm 14.40	104.75 \pm 15.76	0.809
11. History of hypertension (%)	0	15.0	1.00
12. History of heart disease (%)	0	9.3	1.00
13. Smoker (%)	-	19.5	NA
14. Ex-smoker (%)	100	12.6	NA
15. Alcohol abuse (%)	-	18.1	NA
16. Ex-alcohol abuse (%)	7.3	100	NA
17. Displaced cardiac apex (%)	0	2.4	1.00
18. Carotid bruit (%)	0	1.3	1.00
19. Cardiac murmurs (%)	0	3.1	1.00
20. AF or irregular pulse (%)	0	0.8	1.00
21. Dysarthria (%)	25	0.6	0.028
22. Frontal lobe releasing signs (%)			
Palmomental	0	16.4	1.000
Grasping	0	2.9	1.000
Snouting	75	49.9	0.623
Glabella	50	40.1	1.000
23. Babinski's sign (%)	0	4.7	1.000
24. Abnormal posture (%)	0	2.8	1.00
25. Abnormal gait (%)			
Spastic	0	1.0	1.00
Hemiplegic	25	0.3	1.00
Shuffling/festinant	-	-	-
26. FBS	87.66 \pm 0.57	110.98 \pm 46.39	0.385
27. Cholesterol	282.50 \pm 49.95	246.94 \pm 54.53	0.358
28. Triglycerides	134.00 \pm 50.91	184.80 \pm 102.29	0.483
29. HDL	53.60 \pm 11.87	51.19 \pm 18.26	0.852
30. VDRL+ve (%)	0	4.5	1.00

insignificant risk factors of stroke in Thai elderly. The rate of smoking in Thai elderly is very high, ranging from 19.5 per cent (Sakon Nakhon) to 62.1 per cent (Lampang). Alcohol abuse is still prevalent in the Thai elderly, ranging from 16.75 per cent (Nakhon Pathom) to 33.70 per cent (Lampang).

Data from physical examination revealed that dysarthria, hemiplegic gait and Babinski sign were the significant signs for diagnosis of stroke patients in the community setting. Carotid bruit, cardiac murmur and cardiac arrhythmia (especially atrial fibrillation) are important signs for deter-

mining source of stroke, but this study revealed no difference in the prevalence of these signs between stroke patients and non-stroke subjects. The prevalence of carotid bruit in Thai elderly was varying between 1.3 to 1.8 per cent whereas cardiac murmur and cardiac arrhythmia were varying between 3.1 to 7.1 per cent and 0.8 to 1.4 per cent respectively. It is not doubted that patients with carotid bruit, cardiac murmur and cardiac arrhythmia are prone to have stroke attack. Thus this high risk elderly group needs to be screened for and have proper management of these factors so that stroke can be prevented. Frontal lobe releasing signs are

Table 5. Comparison of demographic data, clinical parameters and blood tests of stroke patients and non-stroke elderly in Ranong Province.

	Stroke (n=13)	Non-stroke (n=857)	P-value
1. Age (mean \pm SD)	67.61 \pm 4.62	68.30 \pm 6.22	0.691
2. Sex : M : F	8 : 5	316 : 496	0.18
3. Body weight (kgs)	55.67 \pm 10.61	49.08 \pm 18.97	0.212
4. Height (cm)	157.25 \pm 8.54	154.93 \pm 46.34	0.862
5. Systolic blood pressure	160.90 \pm 25.86	136.23 \pm 23.51	0.001
6. Diastolic blood pressure	100.90 \pm 32.07	84.00 \pm 12.76	0.111
7. BP \geq 140/90	75%	38.2%	0.014
8. BP \geq 160/90	50%	17.4%	0.0107
9. Haematocrit (%)	44.74 \pm 6.30	43.04 \pm 5.40	0.303
10. Mean arterial blood pressure	112.77 \pm 15.75	100.93 \pm 14.60	0.006
11. History of hypertension (%)	50	23.1	0.039
12. History of heart disease (%)	0	7.8	0.614
13. Smoker (%)	63.7%	45.6%	NA
14. Ex-smoker (%)	20%	26.7%	NA
15. Alcohol abuse (%)	58.2%	27.8%	NA
16. Ex-alcohol abuse (%)	37.5%	17.9%	NA
17. Displaced cardiac apex (%)	7.7	15.4	0.272
18. Carotid bruit (%)	0	1.6	1.00
19. Cardiac murmurs (%)	7.7	5.2	0.502
20. AF or irregular pulse (%)	0	1.4	1.00
21. Dysarthria (%)	7.7	0.2	0.046
22. Frontal lobe releasing signs (%)			
Palmomental	46.2	25.8	0.112
Grasping	7.7	1.8	2.225
Snouting	46.2	41.5	0.995
Glabellar	7.7	8.5	1.000
23. Babinski's sign (%)	2.5	1.62	0.001
24. Abnormal posture (%)	15.4	8.23	0.265
25. Abnormal gait (%)			
Spastic	0	0.7	1.000
Hemiplegic	53.8	0.4	< 0.001
Shuffling/festinant	0.4	0	1.000
26. FBS	98.18 \pm 20.84	92.94 \pm 30.86	0.575
27. Cholesterol	213.63 \pm 30.37	227.68 \pm 48.59	0.339
28. Triglycerides	171.09 \pm 99.90	174.23 \pm 123.51	0.933
29. HDL	29.09 \pm 5.57	28.28 \pm 7.00	0.705
30. VDRL+ve (%)	0	1.2	1.00

significant findings in the Thai elderly in this study but they are not relevant to stroke attack. Hematocrit and blood test for VDRL are usually routine investigations for stroke patients, but this study showed no significant difference between stroke and non-stroke subjects in these two tests.

This epidemiological study in Thai elderly revealed high prevalence of stroke in the community (1.12 per cent). In Thailand, there are around 7

per cent of the population aged over 60 years (4.3 million), which are a high risk group to develop stroke. The burden of stroke on patients, their families and society is generally emphasised and correctly publicised in most developed countries⁽¹²⁾. It is thus appropriate to set stroke as a priority and to initiate a program of stroke prevention in Thailand in order to combat stroke country-wide.

REFERENCES

1. Davis PH, Hachinski V. Epidemiology of cerebrovascular disease. In: Anderson DW, ed. *Neuroepidemiology: A contribute to Bruce Schoenberg*. Boston: CRC press, 1991: 27-53.
2. Viriyavejakul A, Vannasaeng S, Pongvarin N. The epidemiology of cerebrovascular disease in Thailand. Abstract 6th/ Asian and Oceanian Congress of Neurology. Taipei. *Excerpta Medica. Asian Pacific Congress Series No.20*; 1983: 10.
3. Pongvarin N, Kanluan T, Chawalithithikul U. Risk factors for cerebrovascular disease in urban community of Thailand. *J Med Assoc Thai* 1990; 73: 653-7.
4. Pongvarin N. Epidemiology of stroke. In: Pongvarin N, ed. *Stroke*. Bangkok: Roenkaew Kanpim, 1991: 11-37.
5. Kurtzke JF. Epidemiology of cerebrovascular disease. In: McDowell F, Caplan LR, eds. *Cerebrovascular Survey Report for the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke*. Revised 1985 Rochester MN: Whiting Press, 1985: 1-34.
6. Viriyavejakul A. Stroke in Asia: an epidemiological consideration. *Clin Neuropharmacol* 1990; 13(Suppl 3): S26-S33.
7. Matsumoto N, Whisnant JP, Kurland LT, et al. Natural history of stroke in Rochester Minnesota, 1955 through 1969. An extension to previous study, 1945 through 1954. *Stroke* 1973; 4: 20-9.
8. Baum HM. Stroke prevalence: an analysis of data from the 1977 National Health Interview Study. *Publ Hlth Rep* 1982; 97: 24-30.
9. The INCLEN Multicentre Collaborative Group. Socio-economic status and risk factors for cardiovascular disease: a multicentre collaborative study in the International Epidemiology Network (INCLEN). *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 1401-9.
10. INCLEN Multicentre Collaborative Group. Body mass index and cardiovascular disease risk factors in seven Asian and five Latin American Centers. Data from the International Clinical Epidemiology Network (INCLEN). *Obesity Research* 1996; 4: 221-8.
11. Vasuvat A, Towanabut S. Blood lipids the risk factor of cerebral infarction. *J Med Assoc Thai* 1993; 76: 109-16.
12. Warlow CP, Dennis MS, Van Gijn J, et al. Reducing the burden of stroke and improving the public health. In: Warlow CP, Dennis MS, Van Gijn J, Hankey GJ, Sandersock PAG, Bamford JM, Wardlaw J, eds. *Stroke. A practical guide to management*. Oxford: Blackwell Science, 1996: 632-49.

ระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุในประเทศไทย

อดุลย์ วิริยเวชกุล, พ.บ., F.R.C.P.*; วรพรรณ เสนาณรงค์, พ.บ., M.R.C.P. (UK)*;
 นาราพร ประยูรวิวัฒน์, พ.บ.*; รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, พ.บ.*;
 รังสรรค์ ชัยเสวีกุล, พ.บ.*; นิพนธ์ พวงวรินทร์, พ.บ., F.R.C.P.*

คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาระบาดของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุชาวไทย (อายุเกิน 60 ปี) ทั้งหมดจำนวน 3,036 คน ในระหว่างเดือน สิงหาคม 2537 - ตุลาคม 2539 การศึกษาคั้งนี้กระทำโดยการสำรวจใน 4 ภาค คือ ภาคกลางศึกษาที่อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม สำรวจผู้สูงอายุ 615 คน, ภาคเหนือศึกษาที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง สำรวจผู้สูงอายุจำนวน 840 คน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือศึกษาที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร สำรวจผู้สูงอายุจำนวน 706 คน และภาคใต้ศึกษาที่อำเภอเมือง จังหวัดระนอง สำรวจผู้สูงอายุจำนวน 857 คน ผู้สูงอายุทุกคนในเขตพื้นที่สำรวจจะได้รับการตรวจร่างกายทั่วไปโดยละเอียด และได้รับการตรวจร่างกายระบบประสาทโดยประสาทแพทย์ การซักประวัติด้านอายุ, เพศ, อาชีพ, การศึกษา, ยาที่ใช้ประจำ, การดื่มเหล้า, สูบบุหรี่และโรคประจำตัว, กระทำโดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมมาแล้วอย่างดี ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับการเจาะเลือดตรวจนับเม็ดเลือดทุกชนิด, หาระดับน้ำตาล, ไขมันทุกชนิดและการทดสอบ วิตอาร์แอล. สำหรับการตรวจร่างกายผู้สูงอายุเน้นข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้เป็นพิเศษ ได้แก่ ความดันเลือด, เสียงผิดปกติที่หลอดเลือดแดงบริเวณคอ, เสียงหัวใจผิดปกติ, การเต้นหัวใจที่ผิดปกติ, การพูด, ท่ายืน, ท่าเดิน, frontal lobe releasing signs, อาการแสดง Babinski และความผิดปกติเฉพาะที่ของระบบประสาท

ผลการศึกษาพบว่าตรวจพบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 34 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 3,036 คน, คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 1.12 โดยแบ่งเป็นภาคต่าง ๆ ดังนี้, ภาคกลางพบ 12 คนใน 615 คน (ร้อยละ 1.99), ภาคเหนือพบ 5 คน ใน 840 คน (ร้อยละ 0.6), ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบ 4 คน ใน 706 คน (ร้อยละ 0.6) และภาคใต้พบ 13 ใน 857 คน (ร้อยละ 1.5). การศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงพบว่ามีเพียงภาวะความดันเลือดสูงที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. ส่วนโรคเบาหวาน, การสูบบุหรี่, โรคหัวใจที่มีอยู่, การดื่มสุรา, และภาวะไขมันในเลือดสูงพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ. สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุไทยพบว่ามีค่าสูงระหว่างร้อยละ 16.7-47.2 (ถ้าใช้เกณฑ์สูงกว่า 140/90 มม.ปรอท) หรือร้อยละ 6.1-24.8 (ถ้าใช้เกณฑ์สูงกว่า 160/90 มม.ปรอท), การสูบบุหรี่และดื่มสุราพบว่ามีอัตราความชุกระหว่างร้อยละ 19.5 (จังหวัดสกลนคร) ถึง 62.1 (จังหวัดลำปาง) และร้อยละ 16.75 (จังหวัดนครปฐม) ถึง 33.70 (จังหวัดลำปาง) ตามลำดับ.

ข้อมูลการตรวจร่างกายพบว่าอาการพูดไม่ชัด, ท่าเดินผิดปกติแบบอัมพาตครึ่งซีกและอาการแสดง Babinski เป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีสำหรับการศึกษาผู้ป่วยในชุมชน อนึ่งความชุกของภาวะเสียงผิดปกติที่หลอดเลือดแดงบริเวณคอ, เสียงหัวใจผิดปกติและการเต้นของหัวใจผิดปกติพบได้ในผู้สูงอายุในอัตราร้อยละ 1.3-1.8, 3.1-7.1 และ 0.8-1.4 ตามลำดับ.

การศึกษาคั้งนี้สรุปว่าการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุไทยเป็นสิ่งสำคัญและได้ผลดีกว่าการรักษา. วิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต้องดำเนินการโดยการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงโรคและดำเนินการแก้ไขปัจจัยเหล่านั้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

* ภาควิชาอายุรศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ 10700

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี เศษ พรุ่งไหว้



00002027

ชั้น 2 อาคารศูนย์พัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข ช.ทิมแลนด์ ถ.งามวงศ์วาน อ.เมือง นนทบุรี 11000
โทร. 589-0023-4 โทรสาร 589-9159

2nd Floor, Medical and Public Health Development Building, Soi Timland, Ngamvongvan Road, A. Muang, Nonthaburi 11000

Tel. : 589-0023-4 Fax : 589-9159