

Situations of Elderly Persons in Khon Kaen Province in Dimensions of Demography and Health

Wipawee Grisanaputi¹ Pattaraporn Weeranakin^{1*} Dararat Khampusaen¹ Anan Khamon² and Benjawan Nainit¹

¹ Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

² Chum Phae Hospital, Khon Kaen, Thailand

* Corresponding author. E-mail: pattawe@kku.ac.th

ABSTRACT

This article synthesized and analyzed secondary data concerning situations of elderly persons in Khon Kaen province with the aim of studying the situations of elderly persons in Khon Kaen province in the dimensions of demography and health. The demography dimensions were gender and administrative divisions. The health dimensions were serious health conditions often found among elderly, geriatric syndromes, and assessment of competency for self-care. Data indicate that there were 326,053 seniors in Khon Kaen province, out of 1,794,531 people or 18.2%; 178,540 males (10%) 147,153 females (8.2%). Of these 95,434 people (5.3%) were living within the municipality and 230,619 people (12.9%) were living outside it. For the health dimensions, results from the screening and assessment of elderly persons found that serious health conditions often found among elderly were hypertension (8.9%), diabetes (11.7%), cardiovascular disease (50.9%), and poor oral health (4.4%). Geriatric syndromes were found to be brain competency (0.8% cognitive impairment -- AMT), depression (0.2%), knee osteoarthritis (6.1% abnormal risk of knee osteoarthritis), fall (6.2% not normal), and nutrition (5.1% at risk of obesity). The assessment of competency of elderly persons' self-care found 95.8% of elderly persons able to live independently, 3.7% of elderly persons with moderate dependence, and 0.5% elderly persons dependent on others for care.

Keywords: Aging Society, Health of Elderly, Situation of Elderly Persons in Khon Kaen Province

สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ

วิภาวี ฤกษ์ฤทธิ¹ ภัทรพร วีระนาคินทร์^{1*} ดารารัตน์ คำภูแสน¹ อนันต์ คำอ่อน² และ เบญจวรรณ นัยนิตย์¹

¹ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย

² โรงพยาบาลชุมแพ ขอนแก่น ประเทศไทย

* Corresponding author. E-mail: pattawe@kku.ac.th

บทคัดย่อ

บทความนี้ได้สังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติของประชากรศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ ทั้งนี้มิติประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศและเขตการปกครอง และมิติสุขภาพ ได้แก่ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนทั้งสิ้น 326,053 คน จากประชากรทั้งหมด 1,794,531 คนหรือร้อยละ 18.2 เป็นเพศชาย 178,540 คน (ร้อยละ 10) เป็นเพศหญิง 147,153 คน (ร้อยละ 8.2) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจำนวน 95,434 คน (ร้อยละ 5.3) และมีอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจำนวน 230,619 คน (ร้อยละ 12.9) สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติสุขภาพ พบว่า จากการคัดกรอง และประเมินผู้สูงอายุเพื่อหาความเสี่ยงต่อโรคที่เป็นปัญหาและพบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 8.9) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 11.7) ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 50.9) และสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 4.4) กลุ่มโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง (ร้อยละ 0.8 มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองเสื่อม AMT) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 0.2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า) โรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 6.1 มีความผิดปกติที่จะนำไปสู่โรคข้อเข่าเสื่อม) ภาวะหกล้ม (ร้อยละ 6.2 มีความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะหกล้ม) ภาวะโภชนาการ (ร้อยละ 5.1 มีภาวะอ้วน) และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล พบว่า มีผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 95.8) กลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 3.7) และกลุ่มติดเตียง (ร้อยละ 0.5)

คำสำคัญ: สังคมผู้สูงอายุ, สุขภาพของผู้สูงอายุ, สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น

© 2024 JSSP: Journal of Social Science Panyapat

บทนำ

ประชาคมโลกได้เข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา เนื่องจากมีประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 990 ล้านคน จากประชากรโลกทั้งสิ้นจำนวน 7,633 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสังคมผู้สูงอายุตามท้องที่การสหประชาชาติได้นิยามไว้ว่าหมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ สำหรับสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศนั้นจะเรียกว่า ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศนั้นคือ ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged Society) (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2563)

สำหรับประเทศไทยนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2548 จากมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปี ร้อยละ 10.4 ในปีต่อมา พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ สูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศหรือ 10.42 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) และจากนั้นเป็นต้นมาประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ของไทยจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจข้อมูลด้านประชากรสูงอายุในประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ได้แสดงให้เห็นถึงสถิติการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจากร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2554

เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้ สภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้แสดงให้เห็นถึงสถิติประชากรผู้สูงอายุว่าได้เพิ่มขึ้นเช่นกัน กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 12 ล้านคนหรือร้อยละ 18 และเพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน (ร้อยละ 31.28) ในปี 2583 (กรุงเทพมหานคร, 2563) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามภูมิภาคของประเทศไทยตามที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจไว้เมื่อปี พ.ศ. 2557 ได้พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด (ร้อยละ 31.9) รองลงมาเป็นภาคกลาง (ซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานคร) (ร้อยละ 25.6) ภาคเหนือ (ร้อยละ 21.1) และภาคใต้ (ร้อยละ 12) ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ประการสำคัญ หากพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทยก็จะพบว่า จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด (423,924 คน) รองลงมาคือจังหวัดขอนแก่น (292,217 คน) และจังหวัดเชียงใหม่ (274,331 คน) สำหรับจังหวัดระนองเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่น้อยที่สุด (23,934 คน)

อนึ่ง การเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น งานวิจัยต่างๆ ได้สะท้อนให้เห็นถึงสภาวะไม่พึงประสงค์ที่กลายเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเผชิญหากไม่ได้มีการวางแผนไว้เป็นอย่างดี และดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอในช่วงก่อนเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ อาทิ การที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย หรือการไม่มีงานทำนั่นเอง (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์ อุบลพรรณ อีระศิลป์ และ พิรญา เพชรชัย, 2566; สุพิชชา เอกระ, 2559) ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกเหงา ไม่ภาคภูมิใจเหมือนเป็นภาระกับลูกหลาน รู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และการถูกละเลยทอดทิ้ง (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์ อุบลพรรณ อีระศิลป์ และพิรญา เพชรชัย, 2566) ปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม เบาหวาน โรคไขมัน และภาวะสมองเสื่อม (หลงลืม) เป็นต้น (นายสุ ธนธิตี และ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, 2558; อรสา ธาตุวาทกรรม, 2562) ทั้งนี้ปัญหาต่างๆ ที่ได้พบในผู้สูงอายุข้างต้นนั้นยังได้รับการยืนยันจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) อีกเช่นกัน แต่ได้เพิ่มเติม ปัญหาทางด้านความรู้ ปัญหาด้านสังคม ปัญหากับครอบครัว และปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น เพื่อเป็นการรองรับกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าวรัฐบาลจึงได้บรรจุไว้เป็นวาระแห่งชาติ (กรุงเทพมหานคร, 2563)

การที่รัฐบาลได้บรรจุไว้ประเด็นข้างต้นไว้เป็นวาระแห่งชาติเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุที่นับวันจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนยกระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged-Society) และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-Aged Society) ในท้ายที่สุดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั้นนับว่าเป็นการให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นข้อมูลมิติประชากร มิติสุขภาพ และมิติสังคม ล้วนแล้วแต่เป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อรองรับการเป็นสังคมสูงวัยในระดับต่างๆ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งจากการพิจารณาเบื้องต้นก็ได้พบว่า ข้อมูลที่จำเป็นตามมิติต่างๆ ข้างต้นนั้นได้รับการจัดเก็บโดยหน่วยงานที่มีบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบหลักอยู่บ้างแล้ว อาทิ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น หากแต่ไม่ได้มีรวบรวม สังเคราะห์และวิเคราะห์เพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยในภาพรวม ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยต่างๆ ที่ได้สะท้อนให้เห็นภาพที่ชัดเจนโดยรวมของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยในมิติต่างๆ ข้างต้นนั้นก็แทบจะหาไม่พบเช่นกัน

ดังนั้น บทความนี้จึงให้ความสำคัญกับการเติมเต็มช่องว่างของข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวโดยได้มุ่งสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรศาสตร์และสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก มีความหลากหลายทั้งในเรื่องของอาชีพ การอาศัยกระจายอยู่ในเขตชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ตลอดจนเป็นจังหวัดที่จัดได้ว่าเป็นระดับสังคมสูงวัย เป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยแห่งการวิจัยแห่งหนึ่ง มีนักวิจัยที่ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ตลอดจนเป็นประตูสู่อินโดจีน มีการสัญจรไปมาของผู้คนจากทั้งในประเทศและจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งในลักษณะของการท่องเที่ยว การทำงาน การศึกษาต่อและการรักษาพยาบาล เป็นต้น ประการสำคัญ ได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญสำหรับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ได้มุ่งศึกษาในปี พ.ศ. 2563 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ยังจังหวัดขอนแก่น ได้เข้าสู่การเป็นระดับสังคมสูงวัยและเป็นข้อมูลที่ได้มีการ

เก็บรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด ซึ่งนับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างองค์ความรู้ใหม่เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

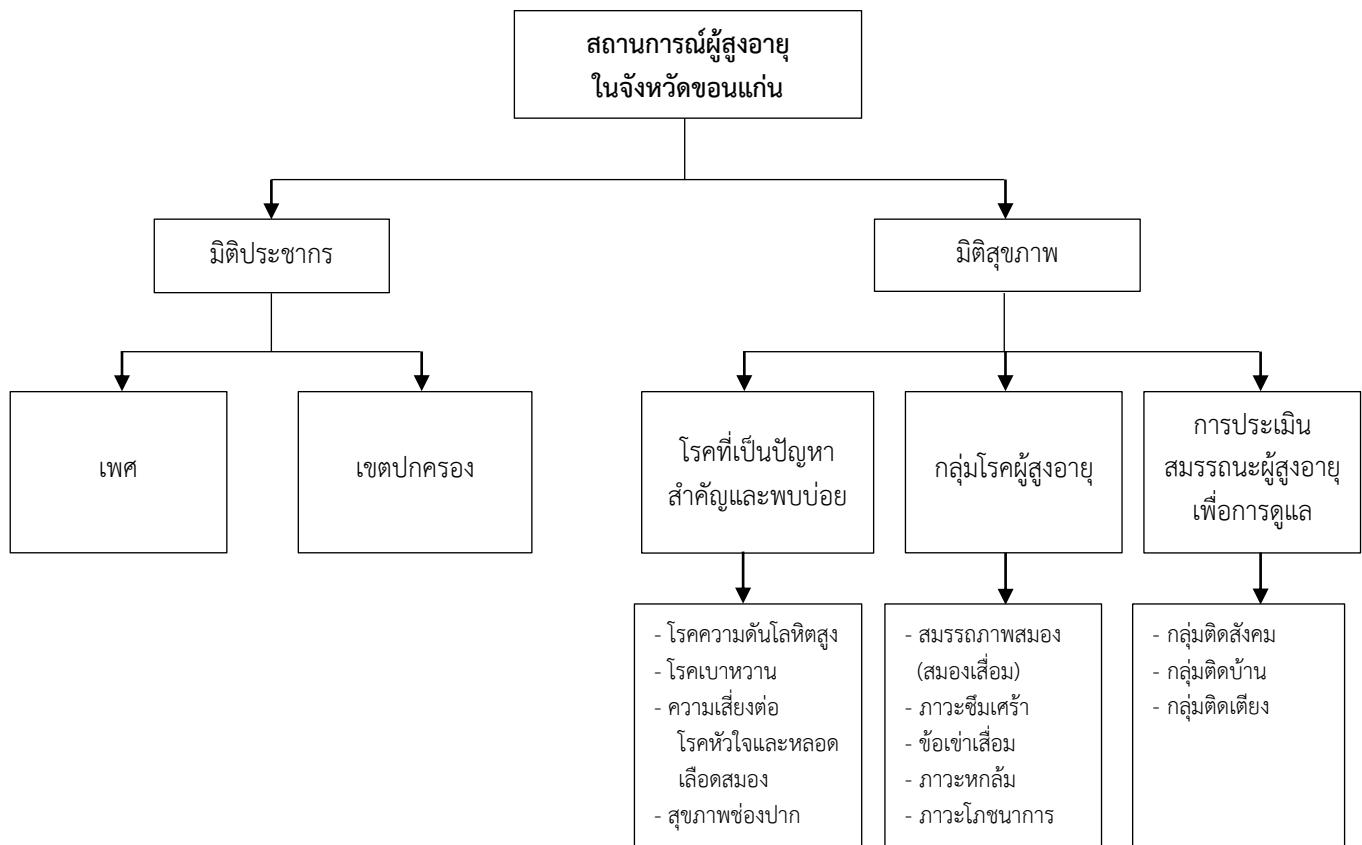
เพื่อสังเคราะห์และวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยได้รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิที่เผยแพร่สู่สาธารณชนเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นที่มีความน่าเชื่อถือ คือ สำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น (2564) และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น (2563) รวมถึงข้อมูลจากเอกสาร เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการรวบรวม เรียบเรียง สังเคราะห์และวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ทั้งในมิติประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ และเขตการปกครอง และในมิติสุขภาพ ได้แก่ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล โดยการใช้แนวทางการวิจัยเอกสารของ Scott (1990) คือ ความจริง ความถูกต้องน่าเชื่อถือ การเป็นตัวแทน และความหมาย โดยใช้สถิติพรรณนาจากการอธิบายถึงคำร้อยละและความถี่ เพื่อสังเคราะห์และวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นทั้งในมิติประชากรศาสตร์ และในมิติสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้สังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติของประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน 2 มิติ ได้แก่ 1) มิติประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศและเขตการปกครอง และ 2) มิติสุขภาพ โดยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และสุขภาพช่องปาก ส่วนกลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม และภาวะโภชนาการ รวมทั้งมีการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย พบว่า

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ

1.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์

ในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์นั้น ได้จำแนกประเด็นการศึกษาออกเป็นเพศ และเขตการปกครอง ดังผลการวิจัยต่อไปนี้

1.1.1 เพศ

สำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น (2564, ออนไลน์) ได้แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 326,053 คน จากประชากรทั้งหมด 1,794,531 คนหรือร้อยละ 18.2 ทั้งนี้ เป็นเพศชาย 178,540 คน (ร้อยละ 10) หรือร้อยละ 55.0 ของประชากรผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง 147,153 คน (ร้อยละ 8.2) หรือร้อยละ 45.0 ของประชากรผู้สูงอายุ

เพศและช่วงอายุ

เมื่อพิจารณาถึงช่วงอายุซึ่งสำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น ได้จำแนกออกเป็น 5 ช่วงอายุด้วยกัน ได้แก่ 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี และมากกว่า 80 ปี ได้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มีจำนวน 104,567 คน (ร้อยละ 32.1) หรือร้อยละ 5.8 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศชาย 48,727 คน (ร้อยละ 14.9) หรือร้อยละ 2.7 ของประชากรทั้งหมด และเป็นเพศหญิง 55,840 คน (ร้อยละ 17.2) หรือร้อยละ 3.1 ของประชากรทั้งหมด

สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 65-69 ปี มีจำนวน 80,248 คน (ร้อยละ 24.6) หรือ ร้อยละ 4.5 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศชาย 37,148 คน (ร้อยละ 11.4) หรือร้อยละ 2.1 ของประชากรทั้งหมด และเป็นเพศหญิง 43,100 คน (ร้อยละ 13.2) หรือร้อยละ 2.4 ของประชากรทั้งหมด ทั้งนี้มีผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 70-74 ปี จำนวน

62,075 คน (ร้อยละ 19.0) หรือร้อยละ 3.5 ของประชากรทั้งหมด เป็นเพศชาย 27,918 คน (ร้อยละ 8.6) หรือร้อยละ 1.6 ของประชากรทั้งหมด และเป็นเพศหญิง 34,094 คน (ร้อยละ 10.4) หรือร้อยละ 1.9 ของประชากรทั้งหมด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์จำแนกตามเพศ

ช่วงอายุ (ปี)	เพศ				รวม	ร้อยละ
	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ		
60-64	48,727	14.9	55,840	17.1	104,567	32.1
65-69	37,148	11.4	43,100	13.2	80,248	24.6
70-74	27,981	8.6	34,094	10.5	62,075	19.0
75-79	16,737	5.1	21,281	6.5	38,018	11.7
80 และมากกว่า	16,920	5.2	24,225	7.4	41,145	12.6
รวม	147,513	45.2	178,540	54.8	326,053	100

ที่มา: สำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น (2564)

1.1.2 เขตการปกครอง

เกี่ยวกับเขตการปกครองนั้น ได้มีการจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกันคือ 1) ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล และ 2) อำเภอ ซึ่งสำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น (ออนไลน์, 2564) ได้แสดงจำนวนประชากร ตามเขตการปกครองจำแนกตามเขตเทศบาล และได้พบว่า มีประชากรในเขตเทศบาลจำนวน 512,008 คน (ร้อยละ 28.5) และประชากรนอกเขตเทศบาลจำนวน 1,282,523 คน (ร้อยละ 71.5) ทั้งนี้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลจำนวน 95,434 คน (ร้อยละ 29.3) หรือร้อยละ 5.3 จากประชากรทั้งหมด และมีประชากรผู้สูงอายุ นอกเขตเทศบาลจำนวน 230,619 คน (ร้อยละ 70.7) หรือร้อยละ 12.9 จากประชากรทั้งหมด

ตารางที่ 2 แสดงสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์จำแนกตามเขตการปกครอง (ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล)

ช่วงอายุ (ปี)	เขตการปกครอง				รวม	ร้อยละ
	เขตการปกครอง	ร้อยละ	นอกเขตเทศบาล	ร้อยละ		
60-64	30,042	9.2	74,525	22.9	104,567	32.1
65-69	23,157	7.1	57,091	17.5	80,248	24.6
70-74	17,700	5.4	44,375	13.6	62,075	19.0
75-79	11,229	3.4	26,789	8.2	38,018	11.7
80 และมากกว่า	13,306	4.1	27,839	8.5	41,145	12.6
รวม	95,434	29.3	230,619	70.7	326,053	100

ที่มา: สำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น (2564)

เขตการปกครอง (ในและนอกเขตเทศบาล) และช่วงอายุ

เมื่อพิจารณาถึงช่วงอายุดังที่สำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น ได้จำแนกออกเป็น 5 ช่วงอายุ ได้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มีจำนวน 104,567 คน (ร้อยละ 32.1) หรือร้อยละ 5.8 ของประชากรทั้งหมด อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 30,042 คน (ร้อยละ 9.2) หรือร้อยละ 1.7 ของประชากรทั้งหมด และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจำนวน 74,525 คน (ร้อยละ 22.9) หรือร้อยละ 4.2 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี จำนวน 82,048 คน (ร้อยละ 24.6) หรือร้อยละของประชากรทั้งหมด อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 23,157 คน (ร้อยละ 7.1) หรือร้อยละ 1.3 ของประชากรทั้งหมด และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 57,091 คน (ร้อยละ 17.5) หรือร้อยละ 3.2

ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 70-74 ปี จำนวน 62,075 คน (ร้อยละ 19.0) หรือร้อยละ 3.5 ของประชากรทั้งหมด อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 17,700 คน (ร้อยละ 5.4) หรือร้อยละ 1.0 ของประชากรทั้งหมด และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 44,375 คน (ร้อยละ 13.6) หรือ ร้อยละ 2.5 ของประชากรทั้งหมด (ดังตารางที่ 2)

เขตการปกครอง (อำเภอ) และช่วงอายุ

เมื่อพิจารณาจำนวนสถิติของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563 จำแนกตามอำเภอที่ตั้งสำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น (ออนไลน์, 2564) ได้รวบรวมไว้ ได้พบว่า ประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด คือมีจำนวน 71,018 คน (ร้อยละ 21.8) หรือร้อยละ 4.0 ของประชากรทั้งหมด รองลงมาคือ อำเภอชุมแพ มีจำนวน 24,547 คน (ร้อยละ 7.5) หรือร้อยละ 1.4 ของประชากรทั้งหมด และอำเภอน้ำพอง จำนวน 21,297 (ร้อยละ 6.5) คน หรือร้อยละ 1.2 ของประชากรทั้งหมด สำหรับอำเภอที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่น้อยที่สุดคือ อำเภอเปือยน้อย มีจำนวน 3,247 คน (ร้อยละ 1.0) หรือร้อยละ 0.2 ของประชากรทั้งหมด (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์จำแนกตามเขตการปกครอง (อำเภอ)

อำเภอ	อายุ					รวม
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 และมากกว่า	
อำเภอเมืองขอนแก่น	23,718	17,413	12,882	8,221	8,784	71,018
อำเภอบ้านฝาง	3,158	2,608	1,907	1,203	1,201	10,077
อำเภอพระยืน	2,127	1,664	1,301	828	914	6,834
อำเภอหนองเรือ	5,497	4,315	3,440	2,135	2,185	17,572
อำเภอชุมแพ	7,469	5,661	4,755	2,906	3,756	24,547
อำเภอสีชมพู	4,276	3,314	2,516	1,379	1,479	12,964
อำเภอน้ำพอง	6,810	5,185	4,136	2,482	2,684	21,297
อำเภออุบลรัตน์	2,525	1,951	1,392	861	879	7,608
อำเภอกระนวน	4,484	3,301	2,578	1,565	1,437	13,365
อำเภอบ้านไผ่	5,894	4,670	3,624	2,196	2,818	19,202
อำเภอเปือยน้อย	1,082	830	699	299	337	3,247
อำเภอพล	5,151	4,209	3,100	1,956	2,116	16,532
อำเภอแวงใหญ่	1,679	1,405	1,073	665	728	5,550
อำเภอแวงน้อย	2,520	2,038	1,562	971	1,109	8,200
อำเภอหนองสูงห้อง	4,373	3,457	2,684	1,592	1,555	13,661
อำเภอภูเวียง	3,990	3,101	2,464	1,474	1,423	12,452
อำเภอมัญจาคีรี	4,458	3,395	2,806	1,891	2,003	14,553
อำเภอชนบท	2,995	2,394	1,789	1,136	1,139	9,453
อำเภอเขาสมบวง	2,059	1,529	1,184	659	689	6,120
อำเภอภูผาม่าน	1,223	990	769	421	528	3,931
อำเภอซำสูง	1,442	1,090	846	474	455	4,307
อำเภอโคกโพธิ์ไชย	1,660	1,236	897	527	558	4,878
อำเภอหนองนาคำ	1,358	977	844	405	445	4,029
อำเภอบ้านแฮด	1,892	1,413	1,167	700	809	5,981
อำเภอโนนศิลา	1,552	1,183	939	596	571	4,841
อำเภอเวียงเก่า	1,175	919	721	476	543	3,834
รวม	104,567	80,248	62,075	38,018	41,145	326,053

ที่มา: สำนักงานสถิติ จังหวัดขอนแก่น (2564)

1.2 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติสุขภาพ

ในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติสุขภาพนั้น ได้ศึกษาจากผลการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ประจำปี พ.ศ. 2563 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) ด้วยคู่มือการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ที่ได้จัดทำขึ้นภายใต้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค สำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อนึ่ง ในการคัดกรองดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งไปที่โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และสุขภาพช่องปาก เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1.1 โรคความดันโลหิตสูง การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงนั้นดำเนินการได้ด้วยการวัดความดันโลหิตเพื่อวัดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SPB) และ/หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ซึ่งระดับความดันโลหิตปกติควรอยู่ที่ 120-129/80-84 มิลลิเมตรปรอท (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) อนึ่ง ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นได้เข้ารับการประเมิน หรือคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 154,229 คน หรือร้อยละ 91.1 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตปกติมีจำนวน 140,531 คน (ร้อยละ 91.1) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการมีระดับความดันโลหิตไม่ปกติมีจำนวน 8,750 คน (ร้อยละ 5.7) และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีระดับความดันโลหิตไม่ปกติมีจำนวน 4,948 คน (ร้อยละ 3.2)

1.2.1.2 โรคเบาหวาน ในการคัดกรองโรคเบาหวานนั้นสามารถดำเนินการด้วยการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาช่วงอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) เรียกโดยย่อค่า FPG จากปลายนิ้ว ซึ่งในกรณีของการตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหารและพบค่า FPG น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หมายถึงมีความปกติ แต่หากค่า FPG ดังกล่าวอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร นั้นเริ่มมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และหากพบว่า ค่า FPG สูงกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก็หมายถึงเป็นโรคเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับการคัดกรองโรคเบาหวานในผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) นั้น พบว่า ผู้มีสูงอายุเข้ารับการคัดกรองจำนวน 189,556 คน หรือร้อยละ 69.6 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความปกติจำนวน 167,392 คน (ร้อยละ 88.3) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมีจำนวน 20,732 คน (ร้อยละ 10.9) และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวานมีจำนวน 1,428 คน (ร้อยละ 0.8)

1.2.1.3 ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (CDV-risk) ในการประเมินหรือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีการสูบบุหรี่ ผ่านการซักประวัติและประมวลผลด้วยค่าคะแนนและจำแนกผลออกเป็นความเสี่ยงในระดับต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นได้เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (CDV-risk) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 91,310 คน หรือร้อยละ 33.5 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 13,455 คน (ร้อยละ 14.7) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงปานกลางมีจำนวน 31,409 คน (ร้อยละ 34.4) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวน 20,423 คน (ร้อยละ 22.4) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงมากมีจำนวน 11,491 คน (ร้อยละ 12.6) และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงอันตรายมีจำนวน 14,532 คน (ร้อยละ 15.9)

1.2.1.4 สุขภาพช่องปาก ในการประเมินหรือคัดกรองสุขภาพช่องปากนั้น กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ดำเนินการผ่านการประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก (การแปรงฟัน การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน และการทำความสะอาดซอกฟัน) และสถานะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก (เช่น การสูบบุหรี่และการเคี้ยวหมาก) ซึ่งผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นที่ได้เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองสุขภาพช่องปาก จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563,

ออนไลน์) ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 220,622 คน หรือร้อยละ 80.9 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปาก มีจำนวน 210,102 คน (ร้อยละ 95.2) และผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของสุขภาพช่องปากมีจำนวน 9,787 คน (ร้อยละ 4.4)

1.2.2 กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)

กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ได้แก่ สมรรถภาพสมอง (สมองเสื่อม) ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม และภาวะโภชนาการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.2.1 สมรรถภาพสมอง (สมองเสื่อม) ในการประเมินหรือคัดกรองสมรรถภาพสมองนั้น กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ใช้แบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Text: AMT) หรือเรียกโดยย่อ AMT ในการคัดกรองภาวะการรับรู้คิดในผู้สูงอายุด้วยการสอบถามจำนวน 10 คำถามด้วยกัน และหากตอบถูก 7 ข้อหรือน้อยกว่า ก็แสดงให้เห็นถึงการรับรู้คิดผิดปกติ (Abnormal Cognitive Function) สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นนั้น ที่ได้เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองสมรรถภาพสมอง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 225,117 คน หรือร้อยละ 82.6 และได้พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองเสื่อม AMT มีจำนวน 221,447 คน (ร้อยละ 98.4) และผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับสมองเสื่อม AMT มีจำนวน 1,709 คน (ร้อยละ 0.8)

1.2.2.2 ภาวะซึมเศร้า ในการประเมินหรือคัดกรองภาวะซึมเศร้านั้น กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ดำเนินการด้วยการซักประวัติเพื่อซักถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจำนวน 2 คำถาม (Q2) และสรุปผลเป็นปกติและมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งได้มีผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นเข้ารับการประเมินหรือคัดกรองเกี่ยวกับซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2563 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) จำนวน 239,358 คน หรือร้อยละ 87.8 และได้พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับซึมเศร้ามียังจำนวน 238,865 คน (ร้อยละ 87.8) และมีผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับซึมเศร้าจำนวน 493 คน (ร้อยละ 0.2)

1.2.2.3 โรคข้อเข่าเสื่อม ในการประเมินหรือคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ประเมินด้วยการซักประวัติเกี่ยวกับอาการปวดเข่า หากมีอาการปวดเข่าก็แสดงถึงแนวโน้มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นที่ได้เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 227,792 คน หรือร้อยละ 83.6 และได้พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีความผิดปกติที่จะนำไปสู่โรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวน 212,465 คน (ร้อยละ 93.3) และผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติจะนำไปสู่โรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวน 13,948 คน (ร้อยละ 6.1)

1.2.2.4 ภาวะหกล้ม ในการประเมินหรือคัดกรองภาวะหกล้มนั้น กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ใช้วิธีการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนดและสังเกตจากท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน ซึ่งเรียกวิธีการทดสอบดังกล่าวว่า “TUGH” (Timed Up and Go Test) หากผู้รับการทดสอบใช้เวลาในการเดิน 30 วินาทีหรือมากกว่าในระยะ 3 เมตร ก็มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) ในปี พ.ศ. 2563 ได้เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองภาวะหกล้ม จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 228,905 คน หรือร้อยละ 84.0 และได้พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะหกล้ม มีจำนวน 213,035 คน (ร้อยละ 93.1) และผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภาวะหกล้ม มีจำนวน 14,216 คน (ร้อยละ 6.2)

1.2.2.5 ภาวะโภชนาการ ในการประเมินหรือคัดกรองภาวะโภชนาการนั้น กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้ดำเนินการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เรียกโดยย่อ BMI ด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง ทั้งนี้วิธีการคิดค่าดัชนีมวลกายดังกล่าวทำได้โดยการนำน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงกำลังสอง (เมตร) และหากพบว่า ค่า BMI ต่ำกว่า 18.5 ก็จัดได้ว่าผอม แต่หากค่า BMI สูงกว่า 30 ขึ้นไปก็หมายถึงอ้วนมาก ในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นได้เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองภาวะโภชนาการเพื่อวัดดัชนีมวลกาย BMI จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) มีจำนวน 250,191 คน หรือร้อยละ 91.8 และได้พบว่า ผู้สูงอายุที่ผอม มีจำนวน 24,318 คน (ร้อยละ 9.7) ผู้สูงอายุที่สมส่วน มีจำนวน 157,230 คน (ร้อยละ 62.8) ผู้สูงอายุที่เริ่มอ้วน มีจำนวน 55,791 คน (ร้อยละ 22.3) ผู้สูงอายุอ้วน มีจำนวน 12,189 คน (ร้อยละ 4.9) และผู้สูงอายุที่อ้วนอันตราย มีจำนวน 622 คน (ร้อยละ 0.2)

1.2.3 การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ในการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลนั้น เป็นการประเมินความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living: ADL) นั้นได้ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เรล (Barthel Index) ที่ได้รับริเริ่มโดย Sidney Katz และคณะ ในช่วงทศวรรษ 1950 และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากนักวิจัยและนักวิชาการต่างๆ จนได้รับการยอมรับไปทั่วโลกเพื่อใช้ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในการประกอบชีวิตประจำวัน (Noelker, Linda & Browdie, Richard, 2013) ซึ่งประเทศไทยก็ได้มีการนำมาปรับใช้ด้วยวัตถุประสงค์เดียวกันโดยหน่วยงานต่างๆ อาทิ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตารางที่ 4 แสดงสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติสุขภาพ

มิติสุขภาพ	สถานการณ์ผู้สูงอายุ			
1. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ	จำนวนเข้าคัดกรอง (คน)	ปกติ/เสี่ยงต่ำ (คน)	ไม่ปกติ/มีความเสี่ยง (คน)	เสี่ยงสูง (คน)
โรคความดันโลหิตสูง	154,229 (ร้อยละ 91.1)	140,531 (ร้อยละ 91.1)	8,750 (ร้อยละ 5.7)	4,948 (ร้อยละ 3.2)
โรคเบาหวาน	189,556 (ร้อยละ 69.6)	167,392 (ร้อยละ 88.3)	20,732 (ร้อยละ 10.9)	1,428 (ร้อยละ 0.8)
ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	91,310 (ร้อยละ 33.5)	13,455 (ร้อยละ 14.7)	31,409 (ร้อยละ 34.4)	46,446 (ร้อยละ 50.9)
สุขภาพช่องปาก	220,622 (ร้อยละ 80.9)	210,102 (ร้อยละ 95.2)	9,787 (ร้อยละ 4.4)	
2. กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes)	จำนวนเข้าคัดกรอง (คน)	ปกติ (คน)	ไม่ปกติ/พอม (คน)	ไม่ปกติ/เริ่มอ้วน-อ้วนอันตราย (คน)
สมรรถภาพสมอง (สมองเสื่อม)	225,117 (ร้อยละ 82.6)	221,447 (ร้อยละ 98.4)	1,709 (ร้อยละ 0.8)	
ภาวะซึมเศร้า	239,358 (ร้อยละ 87.8)	238,865 (ร้อยละ 87.8)	493 (ร้อยละ 0.2)	
ข้อเข่าเสื่อม	227,792 (ร้อยละ 83.6)	212,465 (ร้อยละ 93.3)	13,948 (ร้อยละ 6.1)	
ภาวะหกล้ม	228,905 (ร้อยละ 84.0)	213,035 (ร้อยละ 93.1)	14,216 (ร้อยละ 6.2)	
ภาวะโภชนาการ	250,191 (ร้อยละ 91.8)	157,230 (ร้อยละ 62.9)	24,318 (ร้อยละ 9.7)	68,602 (ร้อยละ 27.4)
3. การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล	จำนวนเข้าคัดกรอง (คน)	กลุ่มติดสังคม (คน)	กลุ่มติดบ้าน (คน)	กลุ่มติดเตียง (คน)
การประเมินหรือคัดกรองความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL)	249,731 (ร้อยละ 91.6)	239,284 (ร้อยละ 95.8)	9,182 (ร้อยละ 3.7)	1,265 (ร้อยละ 0.5)

อนึ่ง ดัชนีชี้วัดความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่นำมาใช้ในประเทศไทยนี้ ประกอบด้วย 10 หมวดด้วยกัน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร (เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (ในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา) 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียง (ไปยังเก้าอี้) 4) การใช้ห้องน้ำ

5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมเสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นกรองการถ่ายอุจจาระ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) และ 10) การกลั่นกรองปัสสาวะ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ผลของคะแนนที่สูงแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการช่วยตนเองในการประกอบชีวิตประจำวันได้มาก ซึ่งส่งผลต่อการจำแนกระดับความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีชีวิตดังกล่าวได้ 3 กลุ่มด้วยกัน คือ 1) กลุ่มติดสังคม (ADL 12-20) หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และหรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ 2) กลุ่มติดบ้าน (ADL 5-11) หมายถึง ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง และ 3) กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นได้เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (2563, ออนไลน์) (ตามตารางที่ 4) มีจำนวน 249,731 คน หรือร้อยละ 91.6 ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มติดสังคมมีจำนวน 239,284 คน (ร้อยละ 95.8) ผู้สูงอายุที่ได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านมีจำนวน 9,182 คน (ร้อยละ 3.7) และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดเตียง มีจำนวน 1,265 คน (ร้อยละ 0.5)

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพนี้ ได้พบประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ประชากรสูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2563 มีถึงร้อยละ 18.2 ซึ่ง จัดได้ว่าเป็นจำนวนที่จะส่งผลต่อการเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระดับที่ 2 คือ ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ดังที่องค์การสหประชาชาติได้จำแนกและอธิบายไว้ว่าหมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงช่วงอายุก็จะพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งคือ ร้อยละ 56.7 จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ทรงคุณค่าและเป็นคลังสมองที่ยังสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศได้ ดังสะท้อนให้เห็นจากงานวิจัยของคันสนีย์ จันทรานุกาพ และจันงค์ แรกพินิจ (2561) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการยังคุณค่าประโยชน์ของผู้สูงอายุ (Productive ageing) ในพื้นที่เกาะบริเวณชายแดนไทย-มาเลเซีย พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่แสดงถึงการยังคุณค่าประโยชน์ ซึ่งจำแนกกิจกรรมได้ 2 ประเภทคือ (1) กิจกรรมเชิงธุรกิจ ที่สำคัญได้แก่ กิจกรรมเกี่ยวกับประมงชายฝั่ง การผลิตและจำหน่ายสินค้าชุมชน และการท่องเที่ยวชุมชน (2) กิจกรรมบริการที่สำคัญได้แก่ กิจกรรมบริการเพื่อครอบครัว สังคม และการศาสนา ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีศักยภาพสำหรับกิจกรรมที่ยังคุณค่าประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภานุวัฒน์ สิงห์คำป้อม และอจิรภัส เพียรขุนทด (2565) แสงดาว จันทรดา และคณะ (2563) ที่ได้วิเคราะห์ให้เห็นถึงคุณค่าของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ที่นอกจากจะยังคงสามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองได้แล้ว ยังคงประกอบอาชีพที่นำมาซึ่งปัจจัยในการดำรงชีพของตนเองได้ และจากงานวิจัยของศรีมาศ ณ วิเชียร คันธรส แสนวงศ์ สาลินี อาจารย์ และยุทธการ อาจารย์ (2557) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากแรงงานสูงอายุในภาคการผลิตและได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการใช้ ประโยชน์แรงงานสูงอายุที่พบว่าสามารถทำงานในอุตสาหกรรมการผลิตเฟอร์นิเจอร์ได้ถึงอายุ 75 ปีเพื่อเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันของประเทศต่อไป

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินหรือคัดกรองความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) นั้นทำให้ได้ทราบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 95.8 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และหรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้หรือที่กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามไว้ว่าเป็นกลุ่มติดสังคมนั่นเอง มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นหรือเพียงร้อยละ 3.7 ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (ติดบ้าน) และร้อยละ 0.5 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย (กลุ่มติดเตียง) ดังนั้นการผนวกผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นที่มีอายุในช่วงอายุดังกล่าวในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศจึงไม่ควรมองข้าม

2. จากผลการวิจัยที่ได้พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นมากกว่าร้อยละ 80 เข้ารับการประเมินหรือคัดกรองในมิติสุขภาพดังจะเห็นได้จากการเข้ารับการประเมินหรือคัดกรองสุขภาพช่องปาก สมรรถภาพสมอง (สมองเสื่อม) ภาวะซึมเศร้า

ข้อเข่าเสื่อม ภาวะล้ม ภาวะโภชนาการและการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ซึ่งผลของการประเมินแสดงให้เห็นถึงสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก สมรรถภาพสมอง (สมองเสื่อม) ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่า ภาวะล้ม และภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ แต่ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานนั้น ค่อนข้างเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคดังกล่าวสูงกว่าโรคอื่นๆ ที่ได้กล่าวถึงข้างต้น อย่างไรก็ตาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นได้มีการตรวจคัดกรองผู้มีความเสี่ยงจากการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคอ้วน ซึ่งผลการวิจัยได้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50.9 ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้ มีความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นมีความเสี่ยงสูง เสี่ยงสูงมาก และเสี่ยงสูงมากที่สุดเป็นอันตรายที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

องค์ความรู้ใหม่

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ คือ 1) ผู้สูงอายุมีศักยภาพสำหรับกิจกรรมที่ยังคุณประโยชน์ (Productive Aging) ต่อตนเอง ครอบครัว และ สังคม 2) ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 95.8 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และหรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้หรือที่กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยามไว้ว่าเป็นกลุ่มติดสังคม และ 3) ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ค่อนข้างเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคดังกล่าวสูงกว่าโรคอื่นๆ

สรุปผลการวิจัย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติ ประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ ทั้งนี้มิติประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศและเขตการปกครอง และมิติสุขภาพ ได้แก่ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และสุขภาพช่องปาก ส่วนกลุ่มโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม และภาวะโภชนาการ ทั้งนี้ การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล พบว่า มีผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นมากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น และเมื่อพิจารณาถึงสุขภาพของผู้สูงอายุจากการประเมินหรือคัดกรองความสามารถในการประกอบชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) นั้นก็ได้ทราบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 95.8 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และหรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ดังนั้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นยังคงเป็นทรัพยากรมนุษย์ทรงคุณค่าและเป็นคลังสมองสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการพัฒนาได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายในการส่งเสริมการสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาในบทบาทต่างๆ ที่เหมาะสมทั้งนี้เพื่อเป็นการใช้ประโยชน์จากผู้สูงอายุ และสร้างความภูมิใจ ตลอดจนสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ

1.2 จากผลการวิจัยที่ได้พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นเข้ารับการประเมินหรือคัดกรองด้านสุขภาพค่อนข้างสูงและมีผลการประเมินเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก สมรรถภาพสมอง (สมองเสื่อม) ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่า ภาวะล้ม และภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ แต่ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นค่อนข้างมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองหาผู้มีความเสี่ยงจากการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการตรวจคัดกรองดังกล่าวได้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับผลการคัดกรองดังกล่าวและมีนโยบายทั้งในเชิงรับและเชิงรุก ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังกับโรคดังกล่าว

2. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เนื่องจากงานวิจัยนี้ได้ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ ดังนั้นงานวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งศึกษามิติอื่นๆ อาทิ มิติเศรษฐกิจ และมิติสังคม และควรมุ่งศึกษาในจังหวัดอื่นๆ ต่อไป

2.2 งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพซึ่งเป็นเพียงองค์ความรู้เบื้องต้นที่ช่วยต่อการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ดังกล่าวเท่านั้น แต่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการจัดการสวัสดิการสังคมให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป ดังนั้นงานวิจัยในครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุจากมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ นอกจากนี้ อาจจะมุ่งศึกษาการจัดการสวัสดิการชุมชนให้กับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว จากทั้งสองมิติด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562. สืบค้น 11 สิงหาคม 2566. จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.
- _____. (2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2566. จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการคัดกรอง/การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรุงเทพธุรกิจ. (2563). ตลาดผู้สูงอายุแนวโน้มเติบโตทะลุ 2 แสนล้านบาท. สืบค้น 11 สิงหาคม 2566. จาก <https://www.bangkokbiznews.com/social/903290>.
- กลุ่มกฎหมาย กพร.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). ปัญหาของผู้สูงอายุ. สืบค้น 11 สิงหาคม 2566 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/461>.
- _____. (2564). สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ. สืบค้น 10 สิงหาคม 2566. จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/646>.
- ธนาอุส ธนธิตี และ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2558). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), 57-72.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์, อุบลพรรณ ธีระศิลป์ และ พิรญา เพชรชัย. (2566). สถานการณ์ชีวิตผู้สูงอายุและ ปัจจัยกำหนดความรุนแรงในผู้สูงอายุ : การสำรวจเชิงปริมาณในพื้นที่ 5 จังหวัด. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(5), 472-490.
- ภานุวัฒน์ สิงห์คำป้อม และ อจิรภาส เพียรขุนทด. (2565). การวิเคราะห์คุณค่าผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารบัณฑิตสาเกตปริทรรศน์*, 7(2), 1-11.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2563). นิยาม: สังคมผู้สูงอายุ. สืบค้น 10 สิงหาคม 2566. จาก <https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html>.
- ศรีมาศ ณ วิเชียร, คันธรส แสนวงศ์, สาลินี อาจารย์ และ ยุทธการ อาจารย์. (2557). การใช้ประโยชน์จากแรงงานสูงอายุในภาคการผลิต. *วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ*, 24(1), 15-22.
- คันสนีย์ จันทรอานุกาพ และ จำนงค์ แรกพินิจ (2561). การยักยอกประโยชน์ของผู้สูงอายุในพื้นที่เกาะบริเวณชายแดนไทย-มาเลเซีย. *วารสารอินทนิลทักษิณสาร*, 13(3), 143-163.
- สำนักงานสถิติจังหวัดขอนแก่น. (2564). สถิติเกี่ยวกับหญิงและชาย. สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2566. จาก <http://khonkaen.nso.go.th/images/document/report/56/56-05.pdf>.
- _____. (2564). สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ. สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2566. จาก <http://khonkaen.nso.go.th/images/document/report/64/64-1.pdf>.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- _____. (2558). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- _____. (2561). รายงานการสำรวจการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2562). สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้อยู่สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2563). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. สืบค้น 29 พฤศจิกายน 2563. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFull_Report57-1.pdf.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2563). การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง จังหวัดขอนแก่น. สืบค้น 11 สิงหาคม 2566. จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. สืบค้น 26 พฤศจิกายน 2565. จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/topic001.php>.
- สุพิชชา เอกระ. (2559). การจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุในกลุ่มชุมชนคนจนเมือง กรณีศึกษาชุมชน หมู่บ้านพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 11(2), 113-124.
- แสงดาว จันทรดา, วิทยา วาโย, นวลละออง ทองโคตร, สายใจ คำทะเนตร และ แก้วจิต มากปาน. (2563). สุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลดินดำ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14(35), 425-436.
- อรสา ธาตวากร. (2552). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในภาวะพหุพลังให้เกิดการยังประโยชน์ด้านสังคม. วารสารสังคมปริทัศน์, 10(3), 39-63.
- Noelker, L. S., & Browdie, R. (2014). Sidney Katz, MD: a new paradigm for chronic illness and long-term care. *The Gerontologist*, 54(1), 13-20.
- Scott, J. (1990). *A Matter of Record: Documentary Sources in Social Research*. Cambridge, UK: Polity Press.