

Holistic Health of the Home Bound and Bed Bound Elders at Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province.

Abstract

*Suwitra Tangsree, M.D.**

Because Thailand has entered an aging society, accessibility to and quality of health care need to be improved for the elderly, especially those with functional limitations. The objective of this research is holistic health assessment of homebound or bedbound elderly in Chakkarat district, Nakhonratchasima Province. The data can shape the way to develop better health care services suitable for homebound or bedbound elderly. The study design is cross-sectional descriptive. Data collection was conducted through questionnaires with 164 homebound and bedbound elderly and caregivers living in the community. The data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean and standard deviation).

Result: Homebound or bedbound elderly in Chakkarat district, Nakhonratchasima Province were mostly females 68.3 percent, average age of 79.58(9.7) years. All of them had caregivers of which literacy rate was only 16.4 percent. According to functional assessment, while 75 percent of the homebound elderly needed help to go up and down stairs, all the bedbound elderly were unable to go up and down stairs and take a bath with no help. Among these elderly, 42.9 percent were underweight. 58.5 percent of them were found having cataract, and 88.4 percent of them had risk of falls. Rate of polypharmacy was 27.8 percent. Regarding underlying diseases, prevalence of hypertension was 26.2 percent. Only 1.8 percent of them completely received influenza, tetanus and hepatitis B vaccine, 68.6 percent of them had risk of dementia, and 1.8 percent of them had severe depression. Rate of regular exercise (3 days/week) was 43.55 percent. Incidence of elder abuse/violence was 18.9 percent, 30.7 percent of them regularly participated in social activities (at least monthly).

Conclusion: This study could inform the development of the health system to better serve homebound and bedbound elderly in the community. Accordingly, elderly care should include integrated holistic care, health promotion, prevention, treatment, and rehabilitation.

Keywords: Elder, homebound elder, bedbound elder, health, holistic health of elder

**Department of healthcare service, Chakkarat Hospital, Nakhon Ratchasima province.*

สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา

บทคัดย่อ

สุวิตรา ต่างศรี, วว. เวชศาสตร์ครอบครัว*

ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการที่ดีและพัฒนาคุณภาพการดูแล วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาสุขภาวะองค์รวมและข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงในอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และผู้ดูแล 164 ราย ในชุมชนสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 อายุเฉลี่ย 79.58(9.7) ปี มีผู้ดูแลร้อยละ 100 การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานพบว่า กลุ่มติดบ้านต้องการความช่วยเหลือในการขึ้นลงบันได มากที่สุดคือ ร้อยละ 75 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 100 ต้องการความช่วยเหลือในการขึ้นลงบันไดและการอาบน้ำภาวะพอมร้อยละ 42.9 มีความเสี่ยงโรคต่อกระดูก ร้อยละ 58.5 ความเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 88.4 รับประทานยาหลายชนิดร้อยละ 27.8 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.2 ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ บาดทะยักและไวรัสตับอักเสบบีครบถ้วนร้อยละ 1.8 ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 68.6 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 1.8 การกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 สามารถออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งร้อยละ 43.5 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งร้อยละ 30.7

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบข้อมูลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงเพื่อนำไปพัฒนาระบบบริการโดยต้องนำหลักการดูแลแบบองค์รวม การผสมผสานบริการทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูเข้ามาใช้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง, สุขภาวะ, สุขภาวะองค์รวมผู้สูงอายุ

*กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

บทนำ

สหประชาชาติได้ให้นิยามว่าสังคมใดที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 สังคมนั้นเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society)⁽¹⁾ ซึ่งประเทศไทยเองก็ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน จากข้อมูล ของสำนักสถิติแห่งชาติพบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 คิดเป็นสัดส่วน 4.6 เพิ่มขึ้นเป็น 8.5

ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 13.2⁽²⁾ จังหวัดนครราชสีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง 2556 สัดส่วนผู้สูงอายุก็เข้าเกณฑ์เป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดมีค่า ร้อยละ 15.2 14.7 และ 11 ตามลำดับ⁽³⁾ ในอำเภอจักราชสถานการณ์ผู้สูงอายุ ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โดยสัดส่วนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 10.8, 13.3, 11.7 และ 11.7 ตามลำดับ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลง

ของร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย มีพยาธิสภาพหลายระบบเกิดขึ้นในคนเดียว อาการแสดงของโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุไม่ชัดเจนเหมือนวัยทำงาน เมื่อเกิดพยาธิสภาพหลายระบบทำให้ต้องมีการใช้ยาหลายขนาน และเกิดข้อจำกัดในการเข้าสังคม⁽⁴⁾ จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนวัยอื่น จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะทุพพลภาพถึงร้อยละ 3.7 และมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ถึงร้อยละ 40.1 มีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพ⁽²⁾ จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอจากราช ปี พ.ศ. 2555 พบว่าอยู่ในระดับดีเพียง ร้อยละ 59.1 เท่านั้น⁽⁵⁾

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment) เป็นหัวใจหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการดูแลที่ครบถ้วนครอบคลุม ช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะหกล้ม และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ทั้งในกลุ่มที่ป่วย และไม่ป่วย^(6,7,8,9,10) กรมอนามัยได้มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง โดยกลุ่มที่มีภาวะทุพพลภาพคือกลุ่มติดบ้านและติดเตียงซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ควรมีการวางแผนการดูแลระยะยาว ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสถานการณ์ของสุขภาพะองค์รวมในผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง อำเภอจากราช จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบบริการให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง อำเภอจากราช จังหวัดนครราชสีมาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสุขภาพะองค์รวมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง อำเภอจากราช จังหวัดนครราชสีมา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสุขภาพทางกาย ภาวะพุฒิปัญญา และสุขภาพจิต และมีมิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

ประชากร

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอจากราช จังหวัดนครราชสีมาช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณ คือ $n = Z^2 p(1-p)/e^2$ โดยกำหนดให้

$Z = 1.96$, p คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 43⁽¹¹⁾ = 0.43 และ e คือ ความกระชับของการประมาณค่า = 0.05 ซึ่งได้จำนวนตัวอย่างเป็น 377 ราย

การเลือกตัวอย่าง

เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงอำเภอจากราชมีทั้งหมด 329 ราย ดังนั้นจึงเก็บข้อมูลทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน

ขั้นพื้นฐาน (Modified Barthel Index score) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 สุขภาวะทางกายเป็นแบบสอบถามและการตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition), ปัญหาการมองเห็น (Vision), ปัญหาการได้ยิน (Hearing), ปัญหาหกล้ม (Fall), ความเสี่ยงภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis), การรับประทานยาหลายขนาน (Polypharmacy), ปัญหาการกลืนปัสสาวะ, โรคประจำตัว, การได้รับวัคซีน, และสุขภาพช่องปากและฟัน

ส่วนที่ 4 สุขภาวะพุฒิปัญญาและสุขภาพจิต ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 และประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Thai MMSE-2002

ส่วนที่ 5 สุขภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ข้อมูลการได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ, ความเพียงพอของรายได้, การมีผู้ดูแล, การคัดกรองพฤติกรรมที่กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ, การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน (ได้มีโอกาสปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือ, ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง, เคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ, เคยเข้าร่วมอบรม ศึกษาเรียนรู้ จากหน่วยงาน องค์กร หรือชมรมผู้สูงอายุ และได้รับการดูแลขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ)

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามมาตรฐานและผ่านการตรวจสอบอ้างอิงต่อไปนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เธลฉบับภาษาไทย อยู่ในระดับดี คือ มีค่า interclass correlation (ICC) ของทุกหมวดรวมเท่ากับ 0.96⁽¹²⁾

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย⁽¹³⁾ ความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับที่ดี คือ ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's

alpha) = 0.79 และการใช้ cutoff-point ≥ 9 มีค่า sensitivity = 0.84, specificity = 0.77, positive predictive value = 0.21, negative predictive value = 0.99 และค่า positive likelihood ratio = 3.71

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Thai MMSE-2002⁽¹⁴⁾ เป็นแบบทดสอบที่พัฒนามาจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ ได้มีการพัฒนาฉบับภาษาไทย พบว่า ค่าความสอดคล้องภายในทั้ง 6 หัวข้อมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญที่ $P < 0.00$ ด้านความเที่ยงตรงพบค่าความสัมพันธ์แบบ Pearson r เท่ากับ 0.6910 ($p < 0.00$)

4. แบบสัมภาษณ์คัดกรองพฤติกรรมที่กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ อ้างอิงจากคู่มือแนวทางในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่แนะนำให้ใช้เครื่องมือการวินิจฉัยพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ต่อผู้สูงอายุ โดยสมจินดา ชมพูนุช และสุทธิชัย จิตพันธ์กุล ปี พ.ศ. 2550 ว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสูง และเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บข้อมูล ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนจักราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง เกี่ยวกับรายละเอียดการทำวิจัย ข้อมูลที่จะเก็บรวบรวม วิธีการใช้เครื่องมือต่างๆ ในแบบสอบถาม และระยะเวลาที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนจักราช และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง ลงพื้นที่เก็บข้อมูลการวิจัยที่บ้านของ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เจ้าหน้าที่จะเป็นผู้สอบถามผู้สูงอายุ และ/หรือ ผู้ดูแล ตรวจร่างกายผู้สูงอายุ และบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) บรรยายลักษณะข้อมูลดังกล่าวโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงทั้งหมด 329 ราย ได้รับข้อมูลตอบกลับและถูกต้องครบถ้วนทั้งหมด 164 ราย ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 73.2 ผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 26.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 อายุเฉลี่ย 79.58 (SD 9.7) ปี มีผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ดูแลเป็นบุตรร้อยละ 85.8 อ่านออกและเขียนได้ร้อยละ 16.4 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
Bathel ADL		
0-4 คะแนน (ผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง)	44	26.8
5-11 คะแนน (ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน)	120	73.2
เพศ		
ชาย	52	31.7
หญิง	112	68.3
อายุของผู้สูงอายุ (ปี)		
60-70	35	21.3
71-80	49	29.9
>80	80	48.8
Min = 60 Max = 98 Mean (SD) = 79.50 (9.7)		
ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล	164	100.0
ความสัมพันธ์เครือญาติระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ		
บุตร	139	85.8
หลาน	6	3.7
คู่สมรส	15	9.3
พี่น้อง	2	1.2
ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ของผู้สูงอายุ N=110		
อ่านออกเขียนได้	18	16.4
อ่านออก แต่เขียนไม่ได้	13	11.8
อ่านไม่ออก แต่เขียนได้	4	3.6
อ่านไม่ออกและเขียนไม่ได้	75	68.2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาผู้สูงอายุ		
ประถมศึกษา	114	69.5
มัธยมศึกษา/ปวช.	5	3.0
ไม่ได้ศึกษา	45	27.5
รายได้เฉลี่ย (บาท) ต่อเดือน ของผู้สูงอายุ (รวมเบี้ยยังชีพ)		
<1000 บาท	76	46.4
1000-2000 บาท	81	49.4
2001-3000 บาท	3	1.8
3001-4000 บาท	2	1.2
4001-5000 บาท	1	0.6
>5000 บาท	1	0.6
Min = 0 Max = 6,500 Mean (SD) = 1109.15 (714.08)		

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในการขึ้นลงบันได

1 ชั้นร้อยละ 75 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 100 ไม่สามารถขึ้นลงบันได 1 ชั้น และอาบน้ำด้วยตนเองได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional ability)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ติดบ้าน (ร้อยละ)	ติดเตียง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
Feeding			
0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากเองได้	4 (3.3)	30 (68.2)	34 (20.7)
1 ดักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย	61 (50.8)	13 (29.5)	74 (45.1)
2 ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	55 (45.9)	1 (2.3)	56 (34.2)
Grooming			
0 ต้องการความช่วยเหลือ	45 (37.5)	43 (97.7)	88 (53.7)
1 ทำเองได้	75 (62.5)	1 (0.3)	76 (46.3)
Transfer			
0 ไม่สามารถนั่งได้	1 (0.8)	38 (86.4)	39 (23.8)
1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	77 (64.2)	6 (13.6)	83 (50.6)
2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	36 (30)	0	36 (21.9)
3 ทำเองได้	6 (5)	0	6 (3.7)

ตาราง 2 ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional ability) (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ติดบ้าน (ร้อยละ)	ติดเตียง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
Toilet use			
0 ช่วยตัวเองไม่ได้	35 (29.2)	42 (95.4)	77 (47)
1 ทำเองได้บ้าง	81 (67.5)	1 (2.3)	82 (50)
2 ช่วยตัวเองได้ดี	4 (3.3)	1 (2.3)	5 (3)
Mobility			
0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	24 (20)	43 (97.7)	67 (40.9)
1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง	49 (40.8)	1 (2.3)	50 (30.5)
2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	45 (37.5)	0	45 (27.4)
3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	2 (1.7)	0	2 (1.2)
Dressing			
0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือได้น้อย	28 (23.3)	41 (93.2)	69 (42.1)
1 ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	87 (72.5)	3 (6.8)	90 (54.9)
2 ช่วยตัวเองได้ดี	5 (4.2)	0	5 (3)
Stair			
0 ไม่สามารถทำเองได้	90 (75)	44(100)	134 (81.7)
1 ต้องการคนช่วย	29 (24.2)	0	29 (17.7)
2 ขึ้นลงได้เอง	1 (0.8)	0	1 (0.6)
Bathing			
0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	80 (66.7)	44(100)	124 (75.6)
1 อาบน้ำเองได้	40 (33.3)	0	40 (24.4)
การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ (Bowel)			
0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องสวนอุจจาระ หรือใช้ยาระบายอยู่เสมอ	13 (10.8)	31 (70.5)	44 (26.8)
1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง	83 (69.2)	11 (25)	94 (57.3)
2 กลั้นได้เป็นปกติ	24 (20)	2 (4.5)	26 (15.9)
การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)			
0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ หรือต้องสวนด้วยตนเอง	22 (18.3)	32 (72.7)	54 (32.9)
1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง	87 (72.5)	11 (25)	98 (59.8)
2 กลั้นได้เป็นปกติ	11 (9.2)	1 (0.3)	12 (7.3)

ส่วนที่ 3 สุขภาวะทางกายส่วนใหญ่มีภาวะ
โภชนาการอยู่ในค่าปกติ ร้อยละ 51 มีภาวะผอม
ร้อยละ 42.9 มีความเสี่ยงโรคต่อกระดูกร้อยละ 58.5
มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 48.2 มีความเสี่ยงต่อการ
หกล้มร้อยละ 88.4 มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะกระดูก
พรุนร้อยละ 77.9 มีการรับประทานยาหลายขนาน

ร้อยละ 27.8 โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความ
ดันโลหิตสูงร้อยละ 26.2 ได้รับวัคซีนทั้ง 3 ชนิด
(Influenzae, dT, Hepatitis B) เพียงร้อยละ 1.8
พบปัญหาผิวหนังแพ้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซึ่งร้อยละ
64.0 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลสุขภาวะทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง

สุขภาวะทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการ		
ดัชนีมวลกาย <18.5 กก./ม ² คือ ภาวะผอม	70	42.9
ดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม ² คือ ค่าปกติ	83	51.0
ดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 กก./ม ² คือ ภาวะน้ำหนักตัวเกิน	9	5.5
ดัชนีมวลกาย 30.0-39.9 กก./ม ² คือ ภาวะอ้วน	1	0.6
ดัชนีมวลกาย ≥40 กก./ม ² คือ ภาวะอ้วนที่มีพยาธิสภาพ	0	0.0
สุขภาพสายตา N=164 (ตอบได้หลายข้อ)		
มีปัญหาการมองเห็นที่มีความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวันระยะไกล	50	30.5
มีปัญหาการมองเห็นที่มีความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวันระยะใกล้	103	62.8
มีความเสี่ยงโรคต่อกระดูก	96	58.5
มีความเสี่ยงโรคต่อหู	108	65.8
มีความเสี่ยงโรคจอประสาทตาเสื่อมเนื่องจากอายุ	56	34.1
การประเมินการได้ยิน N=164		
มีปัญหาการได้ยิน	79	48.2
มีปัญหาการได้ยินลดลงที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวัน	43	54.4
จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับเครื่องช่วยฟัง N=79	10	12.7
การคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม (N=43)		
ผลการประเมิน Time up and Go test ≥30 วินาที	38	88.4
ความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน (OSTA index) (N=163)		
ความเสี่ยงสูง	127	77.9
ความเสี่ยงปานกลาง	28	17.1
ความเสี่ยงต่ำ	8	5.0
การรับประทานยาหลายขนาน 5 ชนิดขึ้นไป (Polypharmacy) N=144	40	27.8

ตาราง 3 ข้อมูลสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (ต่อ)

สุขภาพทางกาย	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว N=164 (ตอบได้หลายข้อ)		
Hypertension	43	26.2
Cerebrovascular disease	42	25.6
Chronic ischemic heart disease	11	6.7
Diabetes mellitus	10	6.1
Trauma cause fracture/bedridden	10	6.1
Atrial fibrillation	8	4.9
Dementia	8	4.9
Cataract	7	4.3
COPD	7	4.2
Glaucoma	6	3.7
Tuberculosis	6	3.7
Chronic renal failure	6	3.7
ประวัติการได้รับวัคซีน N=164 (ตอบได้หลายข้อ)		
เคยได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง	54	32.1
เคยได้รับการกระตุ้นวัคซีนป้องกันบาดทะยักในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา	22	13.4
เคยได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	3	1.8
ได้รับวัคซีนครบทั้ง 3 ชนิด	3	1.8
การประเมินภาวะกลืนลำบากและสุขภาพช่องปาก N=164 (ตอบได้หลายข้อ)		
ผู้สูงอายุต้องใช้ฟันปลอมที่ไม่อยู่ในสภาพดี/ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่	105	64.0
ผู้สูงอายุต้องทานอาหารทางสายจุกหรือหน้าท้อง	10	6.1
ผู้สูงอายุทานอาหารต่อมือน้อยและมีลักษณะผอมแห้งแรงน้อย	72	43.9
ผู้สูงอายุเบื่ออาหารหรือทานอาหารซ้ำๆแต่ไม่ถูกหลักโภชนาการ	45	27.4
มีน้ำลายไหล	27	16.5
พูดไม่ชัด	51	31.1
มีปัญหาฟันผุ (N=163)	40	24.4
มีฟันที่ใช้งานได้ 4 คู่สบ	38	23.2
มีเหงือกอักเสบ	29	17.7

ส่วนที่ 4 ภาวะพุดิปัญญาและสุขภาพจิต จากการประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 68.6 และมีภาวะซึม

เศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 1.8 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ดังตาราง 4

ตาราง 4 สุขภาวะพุดิปัญญาและสุขภาพจิต

สุขภาวะพุดิปัญญาและสุขภาพจิต	ติดบ้าน (ร้อยละ)	ติดเตียง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)			
คะแนนรวม <7 คะแนน ไม่มีอาการซึมเศร้า	95 (79.2)	36 (83.7)	131 (80.4)
คะแนนรวม 7-12 คะแนน โรคซึมเศร้าวระดับเล็กน้อย	21 (17.5)	3 (7)	24 (14.7)
คะแนนรวม 13-18 คะแนน โรคซึมเศร้าวระดับปานกลาง	4 (3.3)	1 (2.3)	5 (3.1)
คะแนนรวม ≥19 คะแนน โรคซึมเศร้าวระดับรุนแรง	0	3 (7)	3 (1.8)
การประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002)			
มีความเสี่ยงสมองเสื่อม	76 (63.3)	31 (86.1)	107 (68.6)
ไม่มีความเสี่ยงสมองเสื่อม	44 (36.7)	5 (13.9)	49 (31.4)

ส่วนที่ 5 มิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรงร้อยละ 90.7 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 63.6 ได้ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 43.55 มีผู้สูงอายุที่สงสัยว่าได้รับการกระทำรุนแรง 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.9 ได้รับสวัสดิการ

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุร้อยละ 85.2 ได้ไปปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือร้อยละ 51.5 ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งร้อยละ 30.7 ดังตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลสุขภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

สุขภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
มีที่อยู่อาศัยและมั่นคงแข็งแรง	147	90.7
ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือมีแต่ไม่มั่นคงแข็งแรง	15	9.3
อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียว หรือบริเวณเดียวกันกับบุตรหลาน N=163	141	86.5

ตาราง 5 ข้อมูลสุขภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (ต่อ)

สุขภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน		
เพียงพอ	103	63.6
ไม่เพียงพอ	59	36.4
ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน N=163	71	43.55
คัดกรองพฤติกรรมที่กระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ		
จำนวนผู้สูงอายุที่สงสัยว่าได้รับการกระทำรุนแรง	31	18.9
- ไม่ได้รับการดูแลอย่างที่ควรจะเป็น	20	64.5
- ได้รับความยากลำบากหรือเดือดร้อนจากการกระทำของผู้อื่น	6	19.4
- รู้สึกเศร้า หรือเสียใจ หรือผิดหวัง จากการกระทำหรือแสดงออกของผู้อื่น	7	22.6
- รู้สึกหวาดกลัว จากการกระทำหรือแสดงออกจากผู้อื่น	5	16.1
- ได้รับความเจ็บหรือเจ็บป่วย จากการกระทำของผู้อื่น	3	9.7
- ถูกเอาเปรียบเรื่องเงินทอง ยกยอกหรือถูกโกง	10	32.2
ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ N=162	138	85.2
ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือ N=163	84	51.5
ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง N=163	50	30.7
เคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ N=164	95	57.9
เคยเข้าร่วมอบรม ศึกษา เรียนรู้ จากหน่วยงาน องค์กร หรือชมรม	89	54.3
ผู้สูงอายุ N=164		
เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ N=163	90	55.2

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงอำเภอจักราชนั้น มีผู้ดูแลทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นบุตรที่เป็นผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพทางกาย จิต และสังคมมีความสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทย⁽¹⁶⁾ ยกเว้นเรื่องของภาวะโภชนาการที่มักมีปัญหามากกว่าภาวะอ้วนและพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุของปัญหาสมองเสื่อมได้

สรุป

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจะมีภาวะสุขภาพทางกาย จิต สังคมและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่มีปัญหาเฉพาะ รวมถึงมีปัญหาการเข้าถึงบริการทั้งในด้านการป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม จึงต้องใช้หลักการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลผสมผสานเข้ามาช่วยออกแบบระบบ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยไปใช้

1. ควรนำข้อมูลพื้นฐานสุขภาพดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการวางหลักสูตรในการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีจุดเน้นในปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุในพื้นที่

2. ควรมีการทำวิจัยเชิงลึกต่อเนื่องถึงประเด็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวางแผนการดูแล ป้องกันปัญหาดังกล่าวสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 1950-2050. Population Division, DESA, United Nations. 2002 [cited 2014 January 2]. Available from: URL:<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2554. กรุงเทพฯ: บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด; 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. จำนวนประชากรแยกกลุ่มอายุ [อินเทอร์เน็ต]. (วันที่ค้นข้อมูล 3 ม.ค. 2557) แหล่งข้อมูล: URL:<http://www.korathealth.com/basedata/index.php>.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียนครีเอชั่น จำกัด; 2552.
5. ทิพวรรณ วงษา. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สม. สาขาวิชาการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ]. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร ; 2555.
6. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725-35.
7. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2011 Oct 27;343:d6553. doi: 10.1136/bmj.d6553.
8. Trentini M, Semeraro S, Motta M. Effectiveness of geriatric evaluation and care. One-year results of a multicenter randomized clinical trial. *Aging (Milano)* 2001;13(5):395-405.
9. Bula CJ, Berod AC, Stuck AE, Alessi CA, Aronow HU, Santos-Eggimann B, Santos-Eggimann B, et al. Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people: secondary analysis of a randomized trial. *Journal of The American Geriatrics Society* 1999;47:389-95.
10. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ. Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: two-year outcomes. *Journal of The American Geriatrics Society*. 2000;48:8-13.

11. อุทัย สุดสุข. โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย. 2552:1-85.
12. บุษกร โลหารชุน, ปานจิต วรรณภีระ, จินตนา ปาลิวนิช, กัญญารัตน์ คำจุน. ความน่าเชื่อถือของการประเมินผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน Modified Bathel Index ฉบับภาษาไทย. พุทธชินราชเวชสาร 2551;25(3):842-51.
13. Manote Lotrakul, Sutida Sumrithe, Ratana Saipanish. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatr 2008;46:(8): 1-7.doi:10.1186/1471-244X-8-46.
14. อภิญญา กังสนารักษ์, นัยพินิจ คชภักดี. แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ(MMSE) และแบบประเมินอาการสมองเสื่อมทางคลินิก(CDR) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2534;36:89-96.
15. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางในการจัดการปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2555.
16. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2554.