

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน

HEALTH PROFILE OF OLDER PERSONS IN HEALTH CARE INSTITUTE AND IN COMMUNITY

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2555
Volume 35 No.2 (April-June) 2012

พ้องพรรณ อรุณแสง วท.ม.* วรรณภา ศรีธัญรัตน์ ปส.ด.* เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปส.ด.**

สุกธินันท์ สุบินดี*** ปัทมา สุริต ปส.ด.** อัมพรพรรณ ธีรานุต ปส.ด.*

มะลิวรรณ ศิลารัตน์ พย.ม.** ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์ วท.ม.* เจียมจิต แสงสุวรรณ ปส.ด.*

ประสพสุข ศรีแสนปาง วท.ม.(พยาบาลศาสตร์)*

Pongpan Aroonsang MS.* Wanapa Sritanyarat Ph.D.* Penchun Lertrat Ph.D.**

Suthinun Subindee BNS.*** Patama Surit Ph.D.** Ampornpan Theeranut Ph.D.*

Maliwan Silarat MNS.** Sritian Trisirirat MS.* Jiamjit Saengsuwan Ph.D.*

Prasopsuk Srisanpang M.Sc.(Nursing)*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง 154 คน และที่พักอาศัยในชุมชนแห่งหนึ่ง 308 คน ใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับแบบประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง อยู่ในระยะสูงอายุวัยต้น และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา สุขภาพกาย ผู้สูงอายุในชุมชน รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น และมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานและต่อเนื่องโดยรวม สูงกว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สุขภาพจิตและสมรรถภาพสมอง ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชน และสุขภาพสังคม ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มยังมีบุตรและคู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์หลักในการดูแลด้านต่าง ๆ เมื่อสูงวัยและในยามเจ็บป่วย ข้อเสนอแนะ นำความรู้เกี่ยวกับภาพสุขภาพของผู้สูงอายุไปใช้ในการจัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในมิติต่างๆ และควรศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละปัญหาสุขภาพ ในมิติและบริบทต่าง ๆ

คำสำคัญ: ภาพสุขภาพ ผู้สูงอายุ ในชุมชน ในโรงพยาบาล

Abstract:

This descriptive research aimed to study health profile of older persons in a hospital and in a community of Khon Kaen province. The sample comprised of 154 hospitalized older persons admitted in the studied hospital and 308 older persons resided in the studied community. The conceptual framework based on the literature reviewed was used. Data were collected using the questionnaires and the standard instruments. Descriptive statistics were used for data analysis. Results: Demographic data: Older persons of both groups were female, in the young old age group, and had primary education level. Physical health: Older persons in community perceived their health, and their health when compared with others, more than older persons in the hospital. They also had ADL and

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

IADL levels higher than those who were in the hospital. Psychological health and mental status: Older persons in the hospital had depression and dementia more than older persons in the community. Social health: Older persons of both groups had daughters and sons as well as spouses as primary resources in old age and when getting ill. Recommendations: Knowledge regarding health profile of older persons can be used to develop project in order to improve health of each dimension of older persons. Further studies should focus on changes and factors related to health profile of each dimension and in various settings.

keywords: health profile, older person, community, hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะ “สังคมผู้สูงอายุ” คือ การมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด¹ โดยในปี พ.ศ.2547 มีประชากรสูงอายุของไทยร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งประเทศ² และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยมาโดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.7 หรือ 7.02 ล้านคน³ และในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11.2² การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลต่างๆ ตามมาจากวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัวร่วมกันหลายโรค ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสมรรถภาพสมองลดลง ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ

การเตรียมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือ การเตรียมการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีภาพสุขภาพ (Health profile) ของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ดังคำนิยามของภาวะสุขภาพ (Health) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ⁴ ที่ให้ความหมายว่าเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁴ อันเป็นความหมายที่ครอบคลุมมิติทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญา ดังนั้นความเข้าใจภาพสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องการการศึกษาภาวะสุขภาพในทุกมิติดังกล่าว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพผู้สูงอายุ มีการใช้คำหลายคำ อาทิ Health status และ Health state ที่แปลแยกคำได้ว่า “Health” หมายถึง สภาพร่างกายหรือสุขภาพ “Status” แปลว่า สถานภาพ และ “State” แปลว่า สภาพ⁵ ดังนั้น Health status และ Health state จึงใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยหมายถึง สถานะสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ส่วน Health profile มีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ^{6,7,8} แต่ในประเทศไทยยังไม่แพร่หลายและยังไม่มีคำบัญญัติใช้ในภาษาไทย ซึ่งคำว่า “Profile” นั้นหมายถึง ประวัติโดยย่อ รูปโครงสร้าง รูปวาด โครงร่าง รูปโครงร่าง⁵

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเลือกใช้คำว่า “Health profile” หรือ “ภาพสุขภาพ” ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาภาพร่างของภาวะสุขภาพหรือภาพรวม (overview) ของผู้สูงอายุ⁹ โดยมุ่งจะได้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ในมุมกว้าง ไม่ได้ศึกษาหลักในประเด็นใดประเด็นหนึ่งโดยเฉพาะ และเนื่องจากคำว่า “health” ตามที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ว่า หมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่เพียงแต่การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือ ความพิการเท่านั้น⁹ ดังนั้น การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาภาพร่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมุ่งจะได้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทุกมิติในมุมกว้างทั้งสุขภาพกาย ความสามารถเชิงปฏิบัติสุขภาพจิต และสุขภาพทางสังคม โดยใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการวิเคราะห์ผู้สูงอายุแบบหลายมิติ (multi dimensional assessment)

หรือ การประเมินผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Comprehensive geriatric assessment, CGA)^{10,11,12} ที่ครอบคลุมถึงการประเมินสุขภาพทางกาย (physical health) ความสามารถเชิงปฏิบัติ (functional ability) สุขภาพจิต (psychological health or mental health) และสุขภาพทางสังคม (social health) ที่ประเมินจากการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ดังนั้น วัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลและที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ศึกษา ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยและในการจัดการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษาต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง โดยเป็นผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแลที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับรักษาอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จากแผนกการพยาบาล 7 แผนก และในหอผู้ป่วย 22 แห่ง มีผู้สูงอายุจำนวน 154 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในชุมชน เป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ศึกษา ในเขตจังหวัดขอนแก่น เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีขั้นตอน¹³ จากชุมชนทั้งหมด 5 แห่ง ได้ผู้สูงอายุ จำนวน 308 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาเครื่องมือวิจัยมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา จัดทำเป็นชุดเครื่องมือประเมินภาพสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยแต่ละชุดประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) สุขภาพกาย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญ

และพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความสามารถเชิงปฏิบัติ ด้านกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) โดยใช้แบบประเมินบาร์เธล เอ ดี แอล (Barthel ADL) และด้านกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental activity of daily living, IADL) โดยใช้แบบประเมิน จุฬา เอ ดี แอล (Chula ADL)^{10,14} 4) สุขภาพจิตและสภาพสมอง ประเมินสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)¹⁵ และประเมินสภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai-2002)¹⁶ และส่วนที่ 5) สุขภาพสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ด้านผู้ดูแล และด้านจิตสังคม ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการประเมินในผู้สูงอายุจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้ แบบประเมิน บาร์เธล เอ ดี แอล มีค่าเท่ากับ 0.79 และแบบประเมิน จุฬา เอ ดี แอล มีค่าเท่ากับ 0.78 แบบทดสอบ MMSE Thai - 2002 มีค่าเท่ากับ 0.68 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS และใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ของข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.5 และ ร้อยละ 58.1 ตามลำดับ) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (ร้อยละ 51.3 และ ร้อยละ 51.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.3 และ ร้อยละ 61.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 64.3 และ ร้อยละ 92.5 ตาม

ลำดับ) ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 57.8 และ ร้อยละ 54.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.8 และ ร้อยละ 69.5) แต่ยังสามารถอ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ 78.6 และ ร้อยละ 82.1 ตามลำดับ) ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 89.0 และ ร้อยละ 89.3 ตามลำดับ) ยังมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 49.3 และ ร้อยละ 93.5 ตามลำดับ) และอาศัยในบ้านสองชั้น (ร้อยละ 68.8 และ ร้อยละ 65.3 ตามลำดับ)

สำหรับข้อมูลที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน คือ ด้านอาชีพก่อนวัยสูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีอาชีพเดิม คือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 39.6) และปัจจุบันไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในองค์กร/ ชมรม/ และหรือกลุ่มต่างๆ (ร้อยละ 52.6) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน ส่วนใหญ่มีอาชีพเดิม ทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 19.2) และยังคงมีส่วนร่วมในองค์กร/ ชมรม/ และหรือกลุ่มต่างๆ (ร้อยละ 54.5)

2. สุขภาพกาย

2.1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน ประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเอง ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.1 และ ร้อยละ 60.7 ตามลำดับ) ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพตนเองกับคนอื่น ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าต่ำกว่าคนอื่น (ร้อยละ 40.3) แตกต่างจากผู้สูงอายุในชุมชนที่ประเมินภาวะสุขภาพตนเองสูงกว่าคนอื่น (ร้อยละ 59.7)

2.2) ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพกาย ข้อมูลด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสุขภาพกายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน ได้แก่ ภาวะโภชนาการโดยการประเมินค่าน้ำหนัก (ค่าเฉลี่ย 52.3 กก. และ 59.0 กก. ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (ค่าเฉลี่ย 20.9 และ ค่าเฉลี่ย 23.7 ตามลำดับ)

สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิต (มม.ปรอท) พบว่า ความดันซิสโตลิก ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

และในชุมชน มีค่าระหว่าง 90 - 140 มม.ปรอท (ร้อยละ 52.32 และ ร้อยละ 64.28) ส่วนค่าความดันไดแอสโตลิก ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีค่าในเกณฑ์ปกติ ในสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้สูงอายุในชุมชน คือ มีค่าระหว่าง 70 - 90 มม.ปรอท (ร้อยละ 46.4 และ ร้อยละ 67.2) ในขณะที่ค่าที่ใช้ในการวัดสัญญาณชีพ ของผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่ใช้ทำนึ่ง แต่สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้ทำนอน เป็นหลัก

ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นได้ชัดเจน (ร้อยละ 55.8) ในขณะที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มองเห็นไม่ชัดเจนหรือมีตามัว (ร้อยละ 53.9) สำหรับความสามารถในการได้ยิน พบว่า ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน แต่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีสัดส่วนที่ได้ยินไม่ชัดเจนสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ 24.7 และ ร้อยละ 12.0)

การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเครื่องช่วยเหลือ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน ส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์ และเครื่องช่วยเหลือ (ร้อยละ 70.1 และ ร้อยละ 67.5 ตามลำดับ) ตั้งแต่หนึ่งถึงสามชนิด โดยพบว่า แวนตา ฟันปลอม และไม้เท้า เป็นสิ่งที่มีการใช้มากในทุกกลุ่ม

การแพทย์พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีอาการแพ้ แต่พบมีผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และในชุมชนที่มีอาการแพ้ในสัดส่วนที่สูงเช่นกัน (ร้อยละ 28.6 และ ร้อยละ 31.5 ตามลำดับ) โดยส่วนใหญ่ มีจำนวนของสิ่งที่มีอาการแพ้ หนึ่งชนิด และชนิดของสิ่งที่มีอาการแพ้ คือ การแพ้ยาลงมา คือ อาหาร และสภาพอากาศ และสิ่งแวดล้อม

2.3) โรคและอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีประวัติการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ประมาณ 1-3 ครั้ง โดยผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีประวัติเคยเข้ารับการรักษามากกว่าผู้สูงอายุในชุมชน (ร้อยละ 94.2 และ 68.5 ตามลำดับ) และมีจำนวนการเข้ารับการรักษามากกว่า 10 ครั้ง (ร้อยละ 7.6 และ ร้อยละ 1.9) ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม มีประวัติโรค

และการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกัน คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระเพาะอาหาร ปวดข้อ ข้อเสื่อม โรคตา โรคปอด/หลอดลม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ระหว่าง 1-6 โรค หรือเฉลี่ย 1.35 โรค และโรคที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคเมเรียม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง ระบบประสาท ตามลำดับ

2.4) ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญภายใน 6 เดือน 10 อันดับแรก ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน มีปัญหาการสูญเสียความจำ (ร้อยละ 63) การมองเห็น (ร้อยละ 52.9) การนอนหลับ (ร้อยละ 40.9) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 39.4) การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ร้อยละ 38) ท้องผูก (ร้อยละ 29.2) การเคลื่อนที่ (ร้อยละ 22.1) หกล้ม (ร้อยละ 21.8) การได้ยิน (ร้อยละ 16.2) และกลืนอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 3.2) สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบปัญหาการนอนหลับ (ร้อยละ 57.1) การมองเห็น (ร้อยละ 53.9) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 50.6) มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ร้อยละ 50.6) ท้องผูก (ร้อยละ 49.4) การสูญเสียความจำ (ร้อยละ 46.1) การเคลื่อนที่ (ร้อยละ 37.7) การได้ยิน (ร้อยละ 21.4) หกล้ม (ร้อยละ 19.5) และกลืนอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 12.3)

อุบัติเหตุหกล้ม ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนและในโรงพยาบาล มีสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุหกล้มใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 21.8 และ ร้อยละ 19.5) สถานที่เกิด พบในบ้านมากกว่านอกบ้าน และช่วงเวลาที่เกิด ส่วนใหญ่เป็นช่วงเวลากลางวัน ความถี่ของการเกิด ใน 6 เดือน ส่วนใหญ่เกิด 1-2 ครั้ง โดยผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน เคยมีอุบัติเหตุหกล้มสูงสุดถึง 6 ครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบสูงสุด ถึง 10 ครั้ง

3. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.1) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยรวม 10 กิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีสัดส่วนความสามารถน้อยกว่าผู้สูงอายุ

ในชุมชน โดยมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยตามลำดับ เท่ากับ 11.42 และ 18.98 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า มีสัดส่วนความสามารถในกิจกรรมมากที่สุด ตามลำดับ คือ การทำความสะอาดร่างกาย (ร้อยละ 67.5) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 61) การกลืนการถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 55.8) การขับถ่ายปัสสาวะ/กลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 55.8) การแต่งกาย การสวมใส่เสื้อผ้า (ร้อยละ 51.9) การเคลื่อนย้ายโดยการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (ร้อยละ 44.8) การใช้ห้องสุขา (ร้อยละ 43.5) การอาบน้ำ (ร้อยละ 41.6) และการเคลื่อนที่ภายในห้อง (40.9) ตามลำดับ และกิจกรรมที่ทำโดยอิสระน้อยที่สุด คือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (ร้อยละ 22.1)

สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า มีสัดส่วนความสามารถในกิจกรรม มากที่สุด ตามลำดับ คือ การอาบน้ำเอง (ร้อยละ 98.4) การแต่งกาย/สวมใส่เสื้อผ้า (ร้อยละ 98.4) การทำความสะอาดร่างกาย (ร้อยละ 98.1) การใช้ห้องสุขา (ร้อยละ 97.1) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 96.1) การเคลื่อนย้ายโดยการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (ร้อยละ 95.5) การกลืนการถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 95.5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (95.1) และกิจกรรมที่ทำโดยอิสระน้อยที่สุด คือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (ร้อยละ 79.2) และการขับถ่ายปัสสาวะ/กลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 77.3) ตามลำดับ

3.2) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ของผู้สูงอายุใน 5 กิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบมี ความสามารถในการด้านการเดินออกนอกบ้าน (ร้อยละ 44.2) การใช้เงิน/การทอนเงิน (ร้อยละ 31.8) การทำงานบ้าน ที่หนัก (ร้อยละ 20.8) การเตรียมอาหาร (ร้อยละ 19.5) การใช้บริการสาธารณะ (ร้อยละ 15.6) ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยอิสระ ในด้านการเดินออกนอกบ้าน (ร้อยละ 94.2) การใช้เงิน/การทอนเงิน

(ร้อยละ 83.1) การทำงานบ้านที่หนัก (ร้อยละ 78.2) การเตรียมอาหาร (ร้อยละ 76.6) และการใช้บริการสาธารณะ (ร้อยละ 56.5) ตามลำดับ

4. สุขภาพจิตและสภาพสมอง

4.1) สุขภาพจิต หรือการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลพบ 49 คน (ร้อยละ 42.24) และในชุมชนพบ 65 คน (ร้อยละ 21.24) โดยผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน โดยมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 11.7 และ 8.43 ตามลำดับจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า พบมีภาวะเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 31.0) รองลงมาคือ เศร้าปานกลาง (ร้อยละ 7.7) และพบผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้ารุนแรงในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชนซึ่งมีเป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 3.4 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ)

4.2) สภาพสมอง พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ มีสภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่พบมีสัดส่วนภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล สูงกว่าในชุมชน (ร้อยละ 30.9 และ ร้อยละ 12.66 ตามลำดับ) และมีผู้สูงอายุบางส่วน ที่ไม่สามารถทำแบบทดสอบสภาพสมองได้

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ พบว่า มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชน คือ ร้อยละ 75.0 และ 18.4 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 32.1 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่พบ ร้อยละ 13.6 และในผู้สูงอายุที่เรียนจบระดับสูงกว่าประถมศึกษา พบผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าในชุมชน คือ ร้อยละ 18.2 และ 7.4 ตามลำดับ

5. สุขภาพสังคม

5.1) สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และของผู้สูง

อายุที่พักอาศัยในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ มีสัมพันธภาพระดับดี (ร้อยละ 96.8 และร้อยละ 93.8 ตามลำดับ) และที่เหลือเป็นส่วนน้อย มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี

คู่สมรส ของ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ ยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 64.9) และยังมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 29.2) ในขณะที่คู่สมรสของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน ส่วนใหญ่ ถึงแก่กรรมแล้ว (ร้อยละ 64) และผู้ที่มีชีวิตอยู่ ส่วนใหญ่ มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.2) โดยคู่สมรสของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน/อาชีพใด ๆ

บุตร ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน ส่วนใหญ่ บุตรยังมีชีวิตอยู่ (ร้อยละ 96.7 และร้อยละ 99.7 ตามลำดับ) ทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนบุตร 1-13 คน โดยเฉลี่ย 3-4 คน จำนวนบุตรชายหรือบุตรหญิงโดยเฉลี่ย 1-2 คน

5.2) แหล่งสนับสนุนด้านการเงินและประกันสุขภาพ

แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน คือ บุตร คู่สมรส ตนเอง และหลาน ตามลำดับ ประกันสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน คือ ได้จากบัตรทองหรือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 43.5 และ ร้อยละ 65.6 ตามลำดับ) รองลงมา คือ บัตรสวัสดิการข้าราชการ (ร้อยละ 52.6 และ ร้อยละ 31.2 ตามลำดับ) และพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มบางส่วนยังไม่มีสิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพใดๆ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลด้านการเงิน

5.3) แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล

แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมา คือ คู่สมรส และหลาน สถานที่ทำงานของผู้ดูแลหลัก ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม

ส่วนใหญ่ ทำงานนอกบ้าน และผู้ดูแลบ้าน ของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นบุคคลอื่น (ร้อยละ 62.3) และสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่ เป็นทั้ง ผู้สูงอายุร่วมกับบุคคลอื่น (ร้อยละ 44.8)

5.4) แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล พบว่า ด้านการมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ การมี บุคคลช่วยเหลือที่เกื้อหนุนด้านจิตใจ และการมีบุคคล ที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวล ส่วนใหญ่ เป็น บุตร รองลงมา คือ คู่สมรส หลาน และเพื่อน/เพื่อนบ้าน โดยพบมี ศาสนา เป็นผู้ช่วยเหลือที่เกื้อหนุนด้านจิตใจ ใน ลำดับที่สำคัญรองลงมาเช่นกัน สำหรับบุคคลที่มาเยี่ยม เมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ เป็น บุตร รองลงมา คือ คู่สมรส หลาน เครือญาติ เพื่อน/เพื่อนบ้าน และพี่น้อง ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชน พบว่า ด้าน การมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ การมีบุคคลช่วยเหลือที่เกื้อหนุน ด้านจิตใจ และการมีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความ วิตกกังวลพบว่า ส่วนใหญ่ เป็นบุตร รองลงมา คือ คู่สมรส เพื่อน/เพื่อนบ้าน และหลาน โดยพบมี นักบวชของแต่ละ ศาสนา เป็นผู้ช่วยเหลือที่เกื้อหนุนด้านจิตใจ ในลำดับ ที่สำคัญรองลงมาเช่นกัน สำหรับบุคคลที่มาเยี่ยมเมื่อ เจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาคือเพื่อน/เพื่อนบ้าน เครือญาติ คู่สมรส และหลาน ตามลำดับ

โดยสรุป บุตรยังคงเป็นแหล่งสนับสนุน ด้านจิตสังคมและด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ ของผู้สูงอายุทั้ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และที่อยู่อาศัยในชุมชน รองลงมา คือคู่สมรส และพบว่าในชุมชน เพื่อนและเพื่อน บ้านมีบทบาทสำคัญรองลงมา ในขณะที่ในโรงพยาบาล มี หลานและ/หรือเครือญาติ เป็นผู้มีบทบาทสำคัญ

อภิปรายผลการวิจัย

การสำรวจภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในชุมชน และที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีข้อมูล ที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันตามบริบทที่ศึกษา ดังต่อไปนี้ คือ

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นหญิง วัยสูงอายุตอนต้น นับถือศาสนาพุทธ เรียนชั้นประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน รับข้อมูล/ ข่าวสารเป็นประจำจากโทรทัศน์/วิทยุ ข้อมูลทั่วไปนี้ มีความคล้ายคลึงกับ ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในภูมิภาค ของประเทศไทย¹⁷ สะท้อนภาพข้อมูลทั่วไปของผู้สูง อายุในรุ่นวัยนี้ ที่คล้ายคลึงกันทั้งประเทศ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในแต่ละบริบทที่แตกต่างกัน มีลักษณะในงาน/อาชีพก่อนวัยสูงอายุ และการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมสังคม ในสัดส่วนที่ต่างกัน

ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เคยมี อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 39.6) ในขณะที่ผู้สูงอายุ ในชุมชน เป็นผู้ที่เคยมีอาชีพธุรกิจส่วนตัว เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 19.2) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากอาชีพเกษตรกรรมต้อง ใช้แรงงานหนัก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงทำให้มีสัดส่วนความ เจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าอาชีพ อื่น ๆ หรืออาจสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิตามความจำเป็นด้านสุขภาพหรือตามความ เจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ หรืออาจเกี่ยวข้องกับสิทธิการรักษา พยาบาลของบุคคลเหล่านี้ที่มีบุตรเป็นข้าราชการทำให้เข้า ถึงการรักษาพยาบาลตามสิทธิสวัสดิการของข้าราชการได้ ซึ่งพบการใช้สิทธินี้ในสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก (ร้อยละ 52.6) ต่างกับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ที่ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ บัตรทอง (ร้อยละ 65.6) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในชุมชน พบมีสัดส่วนที่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมในองค์กร/ ชมรม/ กลุ่มต่าง ๆ (ร้อยละ 54.5) มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นไปตามข้อจำกัดด้าน สุขภาพเป็นหลัก

2. สุขภาพกาย มีข้อมูลที่น่าสนใจที่พบว่า ทั้งผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และในชุมชนส่วนใหญ่ รับ รู้ภาวะสุขภาพตนเอง คล้ายคลึงกันว่า อยู่ในระดับปาน กลาง ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพตนเองกับ คนอื่น แล้ว พบมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุในชุมชน รับรู้ว่า ตนเองว่ามีสุขภาพดีกว่าคนอื่น มากกว่าผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลที่ส่วนใหญ่ รับรู้ว่าสุขภาพตนเองด้อยกว่าคน

อื่น สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ดังนั้นการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น จึงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มีรายงานว่าความคิดต่อภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากจะสะท้อนการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแล้ว ยังอาจพยากรณ์การเสียชีวิตของผู้สูงอายุด้วย¹⁸

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ที่พบว่า มีความแตกต่างกันตามช่วงวัย และเพศ โดยด้านอายุ ผู้สูงอายุวัยต้นรับรู้สุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย และด้านเพศ ผู้สูงอายุทั้งสองเพศรับรู้ภาวะสุขภาพใกล้เคียงกัน แต่ผู้สูงอายุชายประเมินภาวะสุขภาพตนเองในสัดส่วนที่ดีมากกว่าเพศหญิง¹⁹ จึงควรศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างด้านอายุและเพศในการศึกษาต่อไป

ด้านโรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ มีข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประวัติการเคยอยู่รักษาในโรงพยาบาล คือ ผู้สูงอายุไม่ว่าอยู่ในชุมชน หรือในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เคยมีประวัติการอยู่รักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1-3 ครั้ง และพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีประวัติการอยู่รักษาในโรงพยาบาลสูงสุด ซึ่งควรศึกษาเปรียบเทียบกับวัยอื่นว่า มีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด และจากข้อมูลดังกล่าวอาจประมาณการได้ว่า เมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเพิ่มมากขึ้นกว่าวัยอื่น ๆ

การใช้ยาของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่พบว่าใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาในโรงพยาบาล การพึ่งพาการรักษาในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาตามแพทย์สั่งเป็นหลัก ซึ่งจำนวนยาที่ใช้จะมีความสัมพันธ์กับโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงปัญหาจากความสูงอายุ จึงมีเพียงผู้สูงอายุในชุมชนบางส่วนที่ยังมีการใช้ยานอกเหนือจากคำสั่งแพทย์ร่วมด้วย

ประวัติโรค/ความเจ็บป่วยใน 6 เดือน พบข้อมูลคล้ายคลึงกันว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีจำนวนโรคระหว่าง 1-6 โรค เฉลี่ย 1.35 โรค ซึ่งใกล้เคียงกับ

รายงานอื่นที่พบว่าจำนวนโรคที่เป็นในคนเดียวกันมีถึง 7 โรค โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย และพบว่าผู้สูงอายุหญิงเป็นโรคต่าง ๆ นี้นสูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุ¹⁴ นั่นคือควรศึกษาจำนวนโรคและความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุใน 6 เดือน ผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาล มีปัญหาคล้ายคลึงกันแต่พบมีสัดส่วนที่มากน้อยแตกต่างกันตามบริบทที่ศึกษา เช่น ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีปัญหาการนอนหลับ การมองเห็น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว และกลืน ปัสสาวะไม่อยู่ ในขณะที่ ผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาการสูญเสียความจำ การมองเห็น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร และกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ตามลำดับ ซึ่งปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุหรือกลุ่มอาการเฉพาะของผู้สูงอายุนี้ เกี่ยวข้องกับกระบวนการชราและพยาธิสภาพของโรค^{14,18}

3. ความสามารถเชิงปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน โดยรวม 10 กิจกรรม ของทั้งสองกลุ่ม สะท้อนภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันตามบริบทของสถานที่ที่ศึกษา กล่าวคือ ผู้สูงอายุในชุมชน มีสัดส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาล แสดงถึงดัชนี BADL Index นี้ มีความเหมาะสมในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นของผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ โดยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ได้โดยอิสระ แสดงถึง การมีสุขภาวะคือ ร่างกายมีความแข็งแรงพอที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น¹⁴ และในทางตรงข้ามระดับความสามารถที่ลดลงแสดงถึงภาวะพึ่งพาที่ต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ ที่พบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวัน (ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงพึ่งพาทั้งหมด) มากกว่าผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจในชุมชนในปี พ.ศ. 2549 ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้เองประมาณร้อยละ 91-96¹⁷

ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง อาจสรุปได้ว่าแตกต่างกันไปตามบริบทของสถานที่ที่ศึกษา โดยผู้สูงอายุในชุมชน มีความสามารถในการปฏิบัติ 5 กิจกรรมได้มากกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่ซับซ้อน และจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตได้ในชุมชนนี้ บ่งบอกถึงความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ¹⁴ จากการศึกษาี้ สะท้อนว่า สภาพความเจ็บป่วย อาจเป็นปัจจัยให้ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนนี้

4. สุขภาพจิตและสภาพสมองของผู้สูงอายุ สุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่พบในทุกสถานที่ที่ศึกษา โดยเฉพาะในโรงพยาบาล พบร้อยละ 31.8 ในขณะที่ในชุมชน คือ ร้อยละ 23 ภาวะซึมเศร้า ถือเป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพเชิงลบที่สำคัญของผู้สูงอายุ สภาพสมอง มีการแปลผลที่แตกต่างกันตามระดับการศึกษา โดยในการศึกษานี้ พบว่า ภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในทุกบริบทที่ศึกษา โดยเฉพาะในโรงพยาบาล จากการสำรวจที่รายงานว่า ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าชาย (ร้อยละ 35.2 และ ร้อยละ 23.8 ตามลำดับ) และผู้สูงอายุวัยสูงอายุตอนปลายมีสัดส่วนภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น²⁰

5. ด้านสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ใน การศึกษานี้ พบว่า ภาพสุขภาพทางสังคม ของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลและในชุมชน ยังอยู่ในเกณฑ์ดี และยังมี บุตรชาย-หญิง รวมถึงคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่ เป็นผู้เกื้อหนุนด้านการเงิน และดูแลเมื่อเจ็บป่วย ด้านการสนับสนุนทางจิตสังคม ยังคงมีบุตร คู่สมรส เพื่อน/เพื่อนบ้าน และหลาน บุคคลในครอบครัว เครือญาติ มาเยี่ยมยาม และพบว่าศาสนายังมีบทบาทในการเกื้อหนุนจิตใจด้วย ดังนั้น การนำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลและในชุมชน อาจเป็นส่วนเสริมสุขภาพทางจิตสังคมผู้สูงอายุที่สำคัญได้

6. ด้านการประเมินภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษานี้ พัฒนาแบบประเมิน และใช้เครื่องมือประเมิน

มาตรฐาน ทำให้ได้ข้อมูลภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละบริบทที่ศึกษาได้ อย่างไรก็ดีตาม ควรจัดทำชุดข้อมูลขนาดเล็ก (minimum data set) ที่จะสามารถสะท้อนภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญได้อย่างชัดเจน และเพื่อใช้ในการศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงภาพสุขภาพในระยะยาว ศึกษาเชิงลึก และในบริบทเฉพาะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลจากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการจัดทำโครงการพัฒนาภาพสุขภาพในมิติต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชนได้
2. ควรศึกษาวิจัยภาพสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่กว้างขึ้นทั้งในสถาบันบริการและในชุมชน และศึกษาเชิงเปรียบเทียบในแต่ละบริบทที่ศึกษาได้ และควรศึกษาติดตามระยะยาว (cohort study)
3. ควรศึกษาภาพสุขภาพในแต่ละมิติ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ และมิติภาพสุขภาพทั้งในสถาบันและในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และสำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร 2551. มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม; มปป.
3. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). กรุงเทพมหานคร. ที. คิว. พี; 2551. Available from <http://www.thaigri.org>.
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550; 2550.

5. พจนานุกรมไทย อังกฤษ และพุทธศาสนา, ออนไลน์, 2552. อ้างเมื่อ 7 มกราคม 2552. Available from <http://www.palunjit.com>.
6. Administration on Aging. A profile of older Americans; 2008. Retrieved April 22, 2009, from http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistics/Profile/index.aspx
7. Department of Health. Health profile of England 2007. Retrieved April 22, 2009, from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_079716.
8. National Council on Ageing and Older People. Chapter II, A profile of older people in Ireland in an age friendly society today: A position statement; 2005.
9. World Health Organization, Institution of the World Health Organization. Chronicle of the World Health Organization 1947; 1(1-2): 29-43.
10. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤติกรรมวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
11. Australian Health Ministers' Advisory Council [AHMAC] Care of Older Australian Working Group. A guide for assessing older people in hospitals. Melbourne, Victoria: The Metropolitan Health and Aged Care Service Division, Victorian Government Department of Human Services; 2004. Retrieved on March 25, 2009, Available from <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/assessing-older-people.pdf>.
12. New Zealand Guidelines Group. Assessment processes for older people; 2003. Retrieved on June 6, 2009, from http://www.nzgg.org.nz/guidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineCatID=25&guidelineID=30.
13. วรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการแพทย์: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2548.
14. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทโพลีستيك พับลิชชิง จำกัด; 2542.
15. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย สารศิริราช 2537; 46(1): 1-9.
16. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE Thai 2002. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
17. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยเรื่อง การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
18. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย ในชุดสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2543.
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย 2550. Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2550.
20. อัมภาพร พัววิไล และคณะ. รายงานการวิจัยเอกสารเรื่อง สถานการณ์ และการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล; 2545.