



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเพื่ออธิบายถึงภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง แห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความสูงอายุและผู้สูงอายุ
2. ภาพสุขภาพและสถานะสุขภาพ
3. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. การประเมินภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



1. แนวคิดเกี่ยวกับความสูงอายุและผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันนี้พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและความสูงอายุเพิ่มมากขึ้น คำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับความสูงอายุและผู้สูงอายุมีความหลากหลายทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำศัพท์บางคำมีความหมายใกล้เคียงกัน และบางคำศัพท์มีความหมายในเชิงลบ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความสูงอายุและผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 ความหมายของความสูงอายุและผู้สูงอายุ

1.1.1 ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง ระยะเวลาของการมีชีวิตนับตั้งแต่เกิด คำว่าสูงอายุ หรือ Old หมายถึง การมีชีวิตเป็นระยะเวลานาน (Almendarez et al., 2003) ความสูงอายุเป็นลักษณะการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ หรืออวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่เกิดจากปัจจัยภายใน (Intrinsic) มีการพัฒนาเจริญเติบโตจนเข้าสู่จุดสิ้นสุดของการพัฒนาหรือเข้าสู่ภาวะเสื่อม (Degenerative) เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Progressive) มีความสัมพันธ์กับเวลา คือ ความสูงอายุจะปรากฏชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นในทุกคน ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ (Universal) ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยรวมทั้งทางชีวภาพ (Biological) จิตวิทยา (Psychological) สังคม (Social) และจิตวิญญาณ (Spiritual) ลักษณะความสูงอายุจะปรากฏมากขึ้นแตกต่างกันไปตาม เพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล,

2544; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก; บรรลุ สิริพานิช, 2549; Tyson, 1999)

ความสูงอายุจะประเมินได้ใน 2 ลักษณะ คือ จากการรับรู้ของบุคคล (Subjective) และจากการประเมินโดยใช้เกณฑ์วัด (Objective) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) คำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับความสูงอายุ ได้แก่ Age หมายถึง ระยะเวลาของการมีชีวิตจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ Old หมายถึง แก่ ชรา อายุมาก Senility หมายถึง ความชรา ความสูงอายุ Seniority หมายถึง การมีอายุมาก ความเป็นผู้อาวุโส (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

1.1.2 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หรือ Older person, Older adult ไม่มีลักษณะที่บ่งบอกเฉพาะเจาะจง ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ยาวนานตามระยะเวลาของการมีชีวิต (Roach, 2001) การให้ความหมายของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร และเกณฑ์การเกษียณอายุจากการทำงานหรือเรียกว่า Retirement age และเกณฑ์การกำหนดความเป็นผู้สูงอายุในแต่ละประเทศ ซึ่งในประเทศแถบตะวันตก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก; Easton, 1999) แตกต่างจากองค์การสหประชาชาติที่ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศ ในการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ปี พ.ศ. 2525 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก; Easton, 1999)

สำหรับประเทศไทย ได้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปโดยยึดตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

การใช้คำในการเรียกผู้สูงอายุ การเรียกบุคคลที่มีอายุมากด้วยคำว่า คนชรา คนแก่ (Aged, Elder person, Elderly) เป็นการใช้คำในเรียกโดยยึดเอาลักษณะทางกายภาพเป็นเกณฑ์ คำว่า ผู้อาวุโส (Senior citizen) เป็นการเรียกโดยยึดเอาสถานภาพทางราชการ คือ แก่กว่า เก่ากว่า เป็นเกณฑ์ (สำนักงานหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ม.ป.ป.) เนื่องจากคำว่า คนชรา เป็นคำในเชิงลบ ในการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดยมีพลตำรวจตรี อรรถสิทธิ์ สิริสุนทร เป็นประธาน ได้มีการกำหนดให้ใช้คำว่า ผู้สูงอายุ เพื่อเรียกกลุ่มบุคคลที่มีอายุมาก ซึ่งคำว่าผู้สูงอายุ เป็นคำที่มีความหมายในลักษณะที่ยกย่องให้เกียรติว่าเป็นบุคคลที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิและประสบการณ์ (ภาวณี วรประดิษฐ, ม.ป.ป.)

สำหรับคำศัพท์ที่ใช้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในภาษาอังกฤษ พบมีหลากหลายคำ ได้แก่ Senior Citizen, Senior, Older person, Older Adult, Older people, Retirement age (บรรลุ ศิริพานิช, 2549; Longdo Thai Dictionary Search and Compilation Service, 2553) คำศัพท์ต่างๆ เหล่านี้บางคำมีความหมายไปในเชิงลบ ดังนั้น องค์การสหประชาชาติจึงได้ตกลงใช้คำว่า Older persons ซึ่งเป็นคำที่มีความหมายในเชิงบวกเพื่อใช้ในการเรียกผู้สูงอายุที่เป็นสากล (บรรลุ ศิริพานิช, 2549; สำนักงานหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ม.ป.ป.)

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า ผู้สูงอายุ และใช้ความหมายของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 คือ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จะใช้เพื่อเป็นเกณฑ์ในการแยกลักษณะของผู้สูงอายุออกจากวัยผู้ใหญ่ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) โดยการศึกษาความเป็นผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้สูงอายุเอง รวมทั้งมุมมองจากสังคมและบุคคลรอบข้าง (คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549; Birren & Birren, 1990 อ้างถึงใน สุธีร์ อินตะประเสริฐ, 2547; Ebersole & Hess, 2001) เกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ มีดังนี้

ความผู้สูงอายุตามลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological age) นับจากจำนวนปีของการมีชีวิตอยู่หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน (สุรกุล เจนอบรม, 254; Almendarez et al., 2003)

ความเป็นผู้สูงอายุตามลักษณะทางด้านกายภาพ ซึ่งแยกได้เป็น 1) ความสูงอายุด้านกายภาพ (Physiological age) หมายถึง การบ่งชี้ผู้สูงอายุตามการเปลี่ยนแปลงการทำงานทางด้านร่างกาย 2) ความสูงอายุตามลักษณะทางชีววิทยา (Biological age) หมายถึง การประมาณลักษณะของบุคคลว่าอยู่ ณ จุดใด โดยวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะต่างๆ ของมนุษย์ และ 3) ความสูงอายุตามลักษณะด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional age) อธิบายได้จากระดับความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วพื้นฐานความสามารถของแต่ละบุคคลก็จะมีแตกต่างกันไป (Birren & Birren, 1990 อ้างถึงใน สุธีร์ อินตะประเสริฐ, 2547; Almendarez et al., 2003)

ความสูงอายุในทางจิตวิทยา (Psychological aging) หมายถึง การมองระดับความสามารถของบุคคลจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา ความจำ การรับรู้ และเรียนรู้ที่ถดถอยลง ทักษะ อารมณ์ การตัดสินใจ การปรับตัว การควบคุมอารมณ์ และรูปแบบการแก้ปัญหาในชีวิต (Birren & Birren, 1990 อ้างถึงใน สุธีร์ อินตะประเสริฐ, 2547)

ความเป็นผู้สูงอายุตามลักษณะบทบาททางสังคม (Sociological aging) หมายถึง การมองความสูงอายุตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง ความคาดหวังที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเอง รวมทั้งความคาดหวังจากสังคมที่มีต่อตัวผู้สูงอายุ (Ebersole & Hess, 2001)

เนื่องจากการให้คำนิยามของการสูงอายุ และวัยสูงอายุ สามารถอธิบายได้ง่ายโดยใช้จำนวนอายุตั้งแต่เกิด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548ก) การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุจึงนิยมใช้การจัดแบ่งผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน ในต่างประเทศจะเริ่มต้นการเป็นผู้สูงอายุที่ อายุ 65 ปี และจัดกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยต่างๆ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 65-74 ปี (Young-old age หรือ Early old age) ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 75-84 ปี (Middle-old age) ผู้สูงอายุวัยปลาย มีอายุ 85 ปีขึ้นไป (Old-old age, Late old age) และเนื่องจากการมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น ดังนั้นจึงมีการเรียกผู้ที่มียายุยืนยาวเกิน 100 ปี ว่าเป็น Elite old หรือ ผู้สูงอายุชั้นยอด (Eliopoulos, 2001, 2005)

สำหรับประเทศไทย จากการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุไว้ที่ 60 ปี ได้มีการแบ่งประชากรผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น คือ อายุ 60-69 ปี (Young-old) ผู้สูงอายุ วัยกลาง คือ อายุ 70-79 (Medium-old) และผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อายุ 80 ปีขึ้นไป (Old-old) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาและอธิบายถึงภาพสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้ ผู้สูงอายุวัยต้น คือ อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง คือ อายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อายุ 80 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การกำหนดความเป็นผู้สูงอายุของไทย

1.3 ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ

ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น จากอายุคาดเฉลี่ยโดยรวมเมื่อแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 71.0 เพิ่มขึ้นเป็น 71.7 ปี ในปี พ.ศ. 2551 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551, 2552) อายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุไทยยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2548-2553 มีการคาดประมาณอายุเพศหญิงเฉลี่ย 75.0 ปี และเพศชาย 68.5 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) การที่อายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้นทำให้ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น

จากสถิติจำนวนประชากรจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ถึงแม้จะมีจำนวนตัวเลขที่แตกต่างกันบ้าง แต่ก็พบได้ว่ามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 7,020,959 คน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 7,042,000 คน และ 7,274,000 คน ในปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ตามลำดับ (สำนักสถิติพยากรณ์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551, 2552) และยังพบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มวัย จากประชากรสูงอายุ ร้อยละ 10.6 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2549 มีผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 34.2 และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 58.8 ผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 31.7 และผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 9.5 ตามลำดับ (สารสนเทศทางประชากรศาสตร์, 2552)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด จากสถิติ ปี พ.ศ. 2545 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 30.6 รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง ร้อยละ 25.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 21.1 ภาคใต้ ร้อยละ 12.3 และกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ และสถิติ ปี พ.ศ. 2549 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.9 รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือ ร้อยละ 22.6 ภาคกลาง ร้อยละ 21.8 และภาคใต้ ร้อยละ 12.8 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) เห็นได้ว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าภาคอื่นและยังมีจำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้น

จังหวัดบุรีรัมย์ เป็น 1 ใน 5 ของจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงสุดในระดับประเทศ สถิติประชากรสูงอายุของจังหวัดบุรีรัมย์ในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรผู้สูงอายุ 174,739 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งจังหวัด ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มิใช่ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 63.9 และกลุ่มนี้ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าชาย แต่ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุชายสัดส่วนสูงกว่าหญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ทั้งนี้จากคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดบุรีรัมย์ในปี พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2563 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 12.0 และร้อยละ 17.0 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ม.ป.ป. อ้างถึงใน สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ซึ่งลักษณะโดยทั่วไปของจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับหลายพื้นที่ เช่น เป็นเขตติดต่อกับราชอาณาจักรกัมพูชา สุรินทร์ นครราชสีมา มหาสารคาม ขอนแก่น ดังนั้นประชากรในจังหวัดบุรีรัมย์ จึงมีความหลากหลายทางด้านภาษา ชาติพันธุ์ ศาสนา ความเชื่อ และการประกอบอาชีพ (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ ในคณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ, 2542) ดังนั้น ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุจึงน่าจะมีการหลากหลาย และแตกต่างกันไป

1.4 บริบทที่ศึกษา

อำเภอหนองกี่ เป็น 1 ใน 23 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุจำนวน 6,425 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551 เป็น 6,713 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 และในปี พ.ศ. 2552 เป็น 6,969 คน คิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งหมด (รุ่งฤดี สดกลาง และคณะ, 2553) ด้านการบริการสุขภาพ อำเภอหนองกี่ มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 แห่ง สถานีอนามัย 11 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง แบบพึ่งพาตนเอง หมายถึง มีบุคลากรในท้องถิ่นบริจาคเงินเพื่อสร้างตึกผู้ป่วยใน ทำให้โรงพยาบาลมีขนาดเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยได้มากขึ้น

โรงพยาบาลหนองกี่ มีขอบเขตการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุมในเขตพื้นที่อำเภอหนองกี่ และอำเภอใกล้เคียง จากสถิติผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 129,875 ครั้ง พบผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลงในปี พ.ศ. 2551 โดยมีจำนวน 124,723 ครั้ง แต่จากสถิติผู้ป่วยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 จำนวนผู้ใช้บริการแบบเข้าอยู่รักษาจำนวนเพิ่มขึ้น คือ จาก 6,806 คน (ร้อยละ 5.2) เพิ่มขึ้นเป็น 6,915 คน (ร้อยละ 5.5) ของผู้รับบริการสุขภาพทั้งหมด (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลหนองกี่, 2550, 2551) เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้ที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลปี พ.ศ. 2550 พบว่าเป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,488 คน (ร้อยละ 24.0) ของผู้ที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด และยังมีผู้สูงอายุเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 1,648 คน (ร้อยละ 30.6) ในปี พ.ศ. 2551 (งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองกี่, 2550, 2551)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรในอำเภอหนองกี่ผู้ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลหนองกี่ และผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลหนองกี่ จำแนกตามปี

ประชากร	ปี พ.ศ. 2550		ปี พ.ศ. 2551	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประชากรทั้งหมด	68,067	100	67,996	100
ประชากรผู้สูงอายุ	6,425	9.4	6,713	9.9
ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	129,875	100	124,723	100
ผู้ที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล	6,806	5.2	6,915	5.5
ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล	1,488	24.0	1,643	30.6

ที่มา: รุ่งฤดี สดกกลาง และคณะ, 2553; งานเวชสถิติ โรงพยาบาลหนองกี่, 2550, 2551;
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองกี่, 2550, 2551

จากข้อมูลดังกล่าว เห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก และมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จึงเล็งเห็นความสำคัญ และความจำเป็นในการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแล ให้บริการผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

2. ภาพสุขภาพและสถานะสุขภาพ

ภาพสุขภาพ (Health profile) ภาวะหรือสถานะสุขภาพ (Health status) และสภาพสุขภาพ (Health state) เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียง และใช้คาบเกี่ยวกันทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การให้คำอธิบายถึงความหมายโดยตรงยังไม่มี ความชัดเจน (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552) ความหมายส่วนใหญ่จะอธิบายไว้ในรูปแบบของการแยกคำ ดังนี้

Health ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) หมายถึง Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity มีความหมายตามคำในภาษาไทยว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการ

เท่านั้น (Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Geneva, 1986 อ้างถึงใน ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) และ Health ในความหมายตามพจนานุกรมไทย-อังกฤษ (2553) และพุทธศาสนา เป็นคำนาม หมายถึง สภาพร่างกาย

สุขภาพ ในความหมายตามพจนานุกรมไทย หมายถึง ความสุข ปราศจากโรค ความสบาย ความมีอนามัยที่ดี (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2531) และความหมายของสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) ส่วนคำว่า ภาวะ ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน หมายถึง ความมี ความเป็น ความปรากฏ สถานะ หมายถึง ความเป็นไป ความเป็นอยู่ และคำว่า ภาพ หมายถึง ความมี ความเป็น รูปที่ปรากฏเห็น สิ่งที่วาดขึ้นเป็นรูป (พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525, 2525; พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2531) ซึ่งคำเหล่านี้ในภาษาไทยนิยมใช้คำว่า ภาวะ และสถานะสุขภาพมากกว่าคำว่า ภาพสุขภาพ

สำหรับคำในภาษาอังกฤษ Health state และ Health status นั้น Murray (2002) ได้อธิบายคำ ต่างๆ ไว้ดังนี้ “the health state is not always accurate and can be heavily influenced by “cues” on how the assessment procedure is done. (McNeil et al., 1982) and Health status valuation it is important to consider that actual or perceived health status affect a patient’s valuation. One common approach to standardizing health state description is to use a health status instrument that describes health as a profile of level on a series of domains” (Patrick & Erickson, 1993) แปลได้ว่า สภาพสุขภาพ (Health state) เป็นสภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยกระตุ้น และข้อมูลที่ได้เป็นไปตาม วัตถุประสงค์และวิธีการในการประเมิน ส่วนคำว่า ภาวะสุขภาพหรือสถานะสุขภาพ (Health status) เป็นสภาวะที่ได้จากการประเมินตามความเป็นจริงและตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง โดยอาจต้องอาศัย เครื่องมือมาตรฐานในการประเมิน ผลจากการประเมินจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในทุกมิติอย่างเป็น องค์รวม และบอกระดับของภาวะสุขภาพในแต่ละมิติ ซึ่งการศึกษาวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ นิยมใช้คำว่า ภาวะสุขภาพ (Health status)

สำหรับคำว่า Health Profile เป็นคำที่มีการนำมาใช้ในงานวิจัยค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการ บัญญัติคำในภาษาไทย คำว่า Profile ตามความของการทำหน้าที่เป็นคำกริยา หมายถึง วาดรูปโครงร่าง และเมื่อเป็นคำนาม หมายถึง ประวัติโดยย่อ รูปหน้าด้านข้าง (พจนานุกรมไทย-อังกฤษและพุทธ ศาสนา ดิกชันนารี, 2553) และจากงานวิจัยภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและใน ชุมชนของ ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2552) ได้อธิบายถึง Health profile หมายถึง ภาพสุขภาพ ที่มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาข้อมูลในภาพรวมของสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงเลือกใช้คำว่า ภาพสุขภาพ หรือ Health Profile เนื่องจากการศึกษาภาพรวมของสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินคัดกรองสุขภาพในเบื้องต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในมุมมองกว้าง ในการนำมาใช้ในประกอบการวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

3. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่น เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่กำลังเสื่อมของร่างกายที่ลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่อความเครียดได้ง่ายขึ้น เกิดอุบัติเหตุการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม ภาวะวิกฤติด้านจิตใจ เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียรายได้ การสูญเสียคู่ชีวิต การต้องแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เกิดเป็นความสัมพันธ์ในหลากหลายมิติ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552ก) การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงต้องมีความครอบคลุมในประเด็นต่างๆ ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการที่จะบอกถึงความแตกต่างในด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และจากการทบทวน พบดังนี้

เพศ เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภาพสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันและยังเป็นพื้นฐานที่มีส่วนในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของ Orem และจากแนวความคิดทางการพยาบาลของ Pender ที่กล่าวถึงเพศเป็นปัจจัยด้านชีวภาพของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคคลมีวิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน การกำหนดบรรทัดฐานทางสังคมที่แตกต่างกันระหว่างเพศ เช่น เพศหญิงมีบทบาทที่หลากหลายในเวลาเดียวกัน ทั้งบทบาทในการเป็นภรรยา แม่ ผู้ดูแลทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย จึงทำให้เพศหญิงเกิดความเครียดได้ง่าย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) พบว่าเพศหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรน้อยกว่าเพศชาย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายเสียชีวิตจากสาเหตุมะเร็งของระบบทางเดินหายใจ อุบัติเหตุการจราจร (Motor vehicle accident) ดับแฉียง อุลงมโป่งพอง และโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และยังมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน (Hearing problems) มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคข้ออักเสบ (Arthritis) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) และปัญหาในการมองเห็น (Visual problems) มากกว่าในผู้สูงอายุเพศชาย (Santrock, 2008) เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2-3 เท่าโดยพบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง ร้อยละ 13.6 และเพศชาย ร้อยละ 7.6 (Buschmann & Copeland อ้างถึงใน ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) จาก

การศึกษาของ พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงใจ รัตนธัญญา และ วรณี คำรงรัตน์, 2548)

อายุ การมีอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่สูงขึ้นตามอายุ (Easton, 1999; Santrock, 2008) ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชนิด (Zarle, 1989 อ้างถึงใน Easton, 1999) โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไปมักจะมีปัญหาความบกพร่องในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูงหลอดเลือดสมอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ โรคหัวใจขาดเลือด (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2548; Santrock, 2008) จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2548) เช่น การเกิดปัญหาโรคกระดูกพรุน ซึ่งพบว่าเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ จากความชุกของโรคกระดูกพรุนในผู้ที่เข้ารับบริการ โรงพยาบาลของรัฐ ถึงร้อยละ 19-21 ของผู้หญิงที่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในประชากรหญิงที่อายุ 50 ปีขึ้นไปเท่ากับ 289 ครั้ง/ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 1,011 ครั้ง/ปี ผู้ที่อายุ 75 ปีขึ้นไป (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ระดับความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุมีที่ลดลง (อรนุช ธรรมสอน, 2544) และอายุที่สูงขึ้นยังมีความหมายสำคัญในการกำหนดสถานภาพต่างๆ ของบุคคลไม่ว่าจะเป็นสถานะภาพทางด้านสุขภาพอนามัย สังคมหรือทางเศรษฐกิจ ภาวะการเจ็บป่วย การตาย และความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐและสังคม

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุส่วนมากจะวิเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มรวมไม่ได้ให้ความสำคัญที่จะแยกวิเคราะห์ประชากรกลุ่มนี้ออกตามกลุ่มอายุ ทำให้ไม่สามารถที่จะวิเคราะห์และเห็นอิทธิพลของอายุที่มีต่อสถานะภาพสุขภาพอนามัยเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน (ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรางค์รัตน์, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, และ มาติ กาญจนกิจสกุล, 2542) ดังนั้นในการศึกษาผู้สูงอายุจึงควรมีการจัดกลุ่มอายุเพื่อให้เห็นภาพสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีผลต่อสุขภาพ เนื่องจากความต้องการและรสนิยมที่แตกต่างกัน (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ, 2543) การศึกษาจะช่วยให้บุคคลเข้าใจและรับทราบข้อมูลต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2550) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ลักษณะการมีกิจกรรมทางสังคมน้อย การได้รับการสนับสนุนของครอบครัวไม่ดี และผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองในระดับที่ต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้าสูง และภาวะซึมเศร้าพบได้ถึง



ร้อยละ 36.9 ของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล (Ko & Kang, 2008) และมีระดับการได้รับการศึกษาที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่ลดลง (อรนุช ธรรมสอน, 2544)

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นกลุ่มที่น่าจะมีแบบแผนชีวิตดีกว่าผู้ที่เป็นโสดหรือไม่มีคู่สมรส เนื่องจากมีโอกาสได้รับการกระตุ้นและได้รับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจากคู่สมรส (Walker et al., 1988 อ้างถึงใน อรนุช ธรรมสอน, 2544) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยความยาวเห่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีค่าเฉลี่ยความยาวเห่มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ธิดา มีศิริ, 2541)

อาชีพ แบบแผนการทำงานของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุยังคงทำงานปกติ โดยที่ชั่วโมงการทำงานไม่มีความแตกต่างจากคนหนุ่มสาวทั่วไป แต่เมื่ออายุมากขึ้นพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีชั่วโมงการทำงานที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และชั่วโมงยังต่ำลงเมื่ออายุมากขึ้น (ฉัตรสุมน พฤทธิบุญ และ วาทีณี บุญชะลิกย์, 2547) จากการสำรวจความต้องการการทำงานของผู้สูงอายุในระดับประเทศของไทย ปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีความต้องการที่จะทำงานต่อถึงร้อยละ 57.0 และลดลงเป็นร้อยละ 38.0 ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี โดยที่ภาวะการทำงานของประชากรผู้สูงอายุไทยมีจำนวน 2.6 ล้านคน (ประมาณ 1 ใน 3) ที่ยังทำงานอยู่และ 2.3 ล้านคน หรือเกือบ 9 ใน 10 ของผู้สูงอายุที่ทำงาน เป็นการทำงานนอกระบบ เช่นกิจการของตนเองหรือครอบครัว และมีรายได้ที่ไม่แน่นอน โดยที่ผู้สูงอายุในชนบททำงานในภาคเกษตรกรรม และรับจ้างนอกระบบพบประมาณ 2 ใน 3 ของแรงงานผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพจะมีสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีความยาวเห่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พนิดาพร จงราชนทร์, 2551)

รายได้ รายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุวัยปลายที่มีรายได้ต่ำจะมีปัญหาสุขภาพที่สูง (Santrock, 2008) ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีความยาวเห่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้มาจากบุตรหลานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความยาวเห่มากกว่าผู้สูงอายุที่หารายได้ด้วยตนเอง (ธิดา มีศิริ, 2541) ดังนั้นอาชีพและรายได้จึงเป็นหนึ่ง ในมิติทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการมองผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมยังมีความสัมพันธ์กับคะแนนความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ (ผกามาศ รัตนาลังการ และคณะ, 2547)

3.2 ภาพสุขภาพกายของผู้สูงอายุ (Physiological Health in Older persons)

ภาพสุขภาพกายของผู้สูงอายุ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่นำไปสู่การเกิดปัญหาความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โรคและอาการเจ็บป่วยที่พบสูงขึ้นตามอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมี

ความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่นและยังมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สุขภาพกายของผู้สูงอายุ สะท้อนได้จาก การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและอาการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552)

3.2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Perception)

การประเมินระดับสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ (Self report) เป็นภาพสะท้อนทั้งในเชิงบวกและลบ ที่ผู้สูงอายุมีต่อสุขภาพของตน (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ์, 2543) ความสัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วย การตาย และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Ferrucci et al., 2000) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองจะสามารถบอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่งที่มีความแม่นยำ เกี่ยวข้องในการทำนาย และเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Dunn, 2007)

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในระดับประเทศของไทยส่วนใหญ่ยังรับรู้สุขภาพตนเองในด้านบวก โดยมีผลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากในปีก่อนๆ ร้อยละ 42.8 และประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 10.0 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) และการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นการประเมินสุขภาพตนเองในระหว่าง 7 วัน ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพดี ร้อยละ 43.0 (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 ผู้สูงอายุไทยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในด้านบวกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 44.0 และรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

การประเมินภาวะสุขภาพตนเองในเชิงลบของผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุประเมินว่าคุณภาพแย่กว่าปีที่ผ่านมาเล็กน้อย ร้อยละ 39.6 และเปรียบเทียบสุขภาพตนเองกับผู้อื่นว่ามีสุขภาพแย่กว่าและแย่มาก ร้อยละ 26.5 และ 3.6 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองในเชิงลบลดลง คือ ผู้สูงอายุประเมินว่าคุณภาพแย่ ร้อยละ 2.8 แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับแย่มากๆ กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.8 ซึ่งข้อมูลนี้เป็นการให้ข้อมูลในระหว่าง 7 วัน ก่อนการสัมภาษณ์ (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้สูงอายุไทยประเมินภาวะสุขภาพตนเองในเชิงลบคือ มีภาวะสุขภาพแย่ และแย่มากๆ ร้อยละ 17.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

การรับรู้ภาวะสุขภาพจากการสำรวจประชากรสูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการศึกษาผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในบ้านพักผู้สูงอายุของ ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุในแต่ละบริบทที่ศึกษาจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และมีสัดส่วนที่แตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลางมากที่สุด และผู้สูงอายุในชุมชนมีสัดส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ปานกลางมากกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลคือ ร้อยละ 60.7 และ 35.5 ตามลำดับ ทั้งนี้ ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในเชิงบวกของผู้สูงอายุในชุมชนและใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเท่ากัน ร้อยละ 22.0 แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมากพบเป็นผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลคือ ร้อยละ 4.5 และ 3.2 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 38.5 รองลงมา ได้แก่ มีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 23.1 และมีภาวะสุขภาพที่แย่มากๆ กัน คือ ร้อยละ 15.4 (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นการประเมินสุขภาพของตนเองใน 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในเชิงบวกคือ มีสุขภาพดี ร้อยละ 34.1 และมีสุขภาพแข็งแรงดีมาก ร้อยละ 10.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 25.8 และการรับรู้ภาวะสุขภาพในเชิงลบคือ สุขภาพแย่มาก ร้อยละ 29.0

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความแตกต่างกันระหว่างเพศ คือ ผู้สูงอายุเพศชายมีการประเมินสุขภาพในเชิงบวกสูงกว่าเพศหญิง โดยเพศชายรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดีมากและดี ร้อยละ 5.4 และ 47.8 ในขณะที่เพศหญิงรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดีมากและดี ร้อยละ 2.6 และ 39.1 ตามลำดับ (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) การสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ เพศชายประเมินสุขภาพในเชิงบวกสูงกว่าเพศหญิง โดยเพศหญิงประเมินภาวะสุขภาพตนเองในระดับที่แย่มากๆ สูงกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 18.3 และ 16.1 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้นประเมินสุขภาพตนเองในเชิงบวกสูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย โดยผู้สูงอายุวัยต้นรับรู้ว่าตนเองสุขภาพดีมากและดี ร้อยละ 4.9 และ 50.2 โดยผู้สูงอายุวัยกลางรับรู้ว่าตนเองสุขภาพดีมากและดี ร้อยละ 2.5 และ 34.8 โดยผู้สูงอายุวัยปลายรับรู้ว่าตนเองสุขภาพดีมากและดี ร้อยละ 1.5 และ 26.4 ตามลำดับ (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และในปี พ.ศ.

2551 ผู้สูงอายุวัยต้นรับรู้ว่าตนเองสุขภาพในเชิงบวกสูงกว่าผู้สูงอายุวัยอื่น โดยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในเชิงลบจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นคือ ผู้สูงอายุวัยต้นรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับแย่และแย่มาก ร้อยละ 13.6 และพบเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย คือ ร้อยละ 18.1 และ 26.5 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) เห็นได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างกันไปตามบริบทที่ศึกษา และยังมีความแตกต่างกันระหว่างเพศและวัยของผู้สูงอายุ ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ จะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง

3.2.2 ข้อมูลทั่วไปสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สุขภาพกายของผู้สูงอายุมีความแตกต่างไปจากวัยอื่น โดยการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา พบดังนี้

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มวลกล้ามเนื้อ (Muscle mass) ผู้สูงอายุจะมีช่องว่างระหว่างกระดูกสันหลังลดลง กระดูกสันหลังบางลง (Ebersole & Hess, 1990; Dillon, 2007) ทำให้ส่วนสูงลดลงช้า ๆ เรื่อย ๆ เริ่มเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เฉลี่ย 1.4 เซนติเมตร ทุก ๆ 10 ปี ซึ่งเป็นผลจากการทรุดตัวของกระดูกสันหลัง เกิดลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ คือ มีหลังโก่งหรือหลังค่อม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ดังนั้นการประเมินดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ จึงมีการใช้สัดส่วนความยาวแขน (Arm span) แทนความสูงของผู้สูงอายุในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยวัดระยะห่างระหว่างปลายนิ้วกลางมือซ้ายผ่านหน้าอกไปยังนิ้วกลางมือขวาในขณะที่กางแขนออกเต็มที่ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีความไว ต่อสิ่งเร้าลดลง การทำงานของหัวใจจะปรวนแปรไป ทั้งในด้านที่เกี่ยวกับจังหวะการเต้น การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณร้อยละ 40 จากอายุ 25-45 ปี (Eliopoulos, 1993; Jones, 1996 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548) กำลังสำรองของหัวใจลดลง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะหัวใจวาย (Heart failure) และเลือดคั่งในปอด (Pulmonary congestion) ได้ง่าย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548)

หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) มีความยืดหยุ่นลดลงและมีขนาดกว้างขึ้น เส้นใย อีลาสตินมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความเร็วและอัตราการเต้นของชีพจรลดลงตามอายุ การตีบแคบของรูภายในหลอดเลือดทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย ทำให้ความดันภายในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ดังนั้นระดับซิสโตลิกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย การตอบสนองการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลาย และการเพิ่มอัตราการเต้นของ

หัวใจลดลง เนื่องจากบาโรรีเซพเตอร์ (Baroreceptor) มีความไวลดลง ทำให้พบภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) ได้บ่อยในผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548)

ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของหลอดลมลดลง ร่วมกับการตีแค่งของผนังกล้ามเนื้อหน้าอก ทำให้แรงต้านของการหายใจมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงที่ปริมาณและคุณภาพของการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด ส่วนที่เปลี่ยนแปลง คือ ปริมาณสำรองของการหายใจเข้าและหายใจออก (Inspiratory and Expiratory reserve volume) ลดลง

ระบบทางเดินอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนต่อมรับรสฝ่อลง การหลั่งน้ำลายลดลง ความไวในการรับรส การรับกลิ่นลดลงจากการลดจำนวนของออแฟกทอรีเซลล์ (Olfactory cell) ในสมอง (Ebersole & Hess, 1990) ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้และแยกแยะอาหารต่างๆ ลดลง การสูญเสียฟัน ฟันคลอน ฟันหลุดร่วง การใส่ฟันปลอม มีโรคเหงือก ทำให้รับประทานอาหารได้ไม่สะดวก เกิดปัญหาด้านโภชนาการ การสร้างกรดในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การย่อยโปรตีนลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ การเคลื่อนไหวช้าลงทำให้ท้องอืด อาหารไม่ย่อย การดูดซึมอาหารทำได้น้อยลง (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545) ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเกิดปัญหาท้องผูกมากขึ้น

ขนาดของตับและเลือดที่ผ่านตับลดลง ไต ทำงานลดลงเพราะมีการสูญเสียเนฟรอน และปริมาณเลือดที่ผ่านไตลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา (Adverse drug reaction) และเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ จากการใช้ยาได้มากขึ้น

ระบบประสาท สมองจะมีน้ำหนักลดลงร้อยละ 5-10 ในช่วงอายุระหว่าง 20-90 ปี และมีขนาดที่ลดลงเช่นกัน เซลล์สมอง (Neurons) ลดลง ขนาดของสมองเล็กลง การสร้างสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) ลดลง (Enzinger et al., 2005 อ้างถึงใน Santrock, 2008) และอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย ความจำ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ เช่น การลดลงของโดปามีน (Dopamine) ทำให้มีการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบพาร์กินสัน (Parkinson) การลดลงของซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) และการลดลงของอะซิติลโคลีน (Acetyl choline) ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และอัลไซเมอร์ (Alzheimer) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสมองยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับทำให้ระดับการหลับลึกในระดับที่ 3 และ 4 ลดลง (Non-rapid eye movement) การใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา (Adverse drug reaction) เช่น หกล้ม สับสน มีอาการแบบสมองเสื่อมได้ เนื่องจากสมองผู้สูงอายุจะไว (Sensitive) ต่อยา Benzodiazepine (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข, 2548) การทำงานของสมองในด้านความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสลดลง (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, 2550)

ระบบภูมิคุ้มกัน การสร้างแอนติบอดีลดลงและ/หรือการเสื่อมลงของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ (Cell-mediated immunity) ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น ปฏิกริยาโต้ตอบและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนอิริยาบถ (Postural changes) ลดลง หกล้มได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงไปตามวัยในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ โดยในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นเกือบร้อยละ 13.0 มีตาบอด ร้อยละ 10.0 (Jerram & Newson, 2007) การสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุ มีปัญหาการมองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 36.6 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และการศึกษาในปีเดียวกันพบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการมองไกล/ใกล้ไม่ชัด ร้อยละ 13.8 ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีปัญหาด้านการมองเห็นสูงสุด คือ ร้อยละ 46.0 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 41.6 และผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัดสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายคือ ร้อยละ 39.6 และ 31.6 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ปัญหาการมองเห็นในผู้สูงอายุพบสูงขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2550 คือ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.5 มองเห็นไม่ชัดจน ร้อยละ 0.4 มองไม่เห็นเลย (ตาบอด) และร้อยละ 25.4 มีความสามารถในการมองเห็นชัดเจนขึ้นเมื่อใส่แว่นหรือเลนส์ตา (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี พบได้ ร้อยละ 30.0 และในกลุ่มอายุ 75-79 ปี พบถึงร้อยละ 50.0 (McConnell, 1988; Swanson & Drury, 2001 อ้างถึงใน ลิขรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) และในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่า มีอัตราความชุกของความบกพร่องในการได้ยิน ร้อยละ 60.0 (Jerram & Newson, 2007) ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุไทยจากการศึกษาระดับประเทศพบถึงร้อยละ 15.4 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

3.2.3 โรคและการเจ็บป่วย

โรคและอาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีความสำคัญ เพราะผู้สูงอายุมักจะมีภาวะเรื้อรังที่นำไปสู่ภาวะประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง (Disability) ดังนั้นจึงต้องการการดูแลเป็นอย่างมากเพราะมีความยากลำบากและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าในวัยอื่น เป้าหมายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมุ่งเน้นไปที่การป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว และการคงไว้หรือการยกระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (National Academy on an Aging Society, 1999 อ้างถึงใน Miller, 2004)

3.2.3.1 โรคและปัญหาสุขภาพเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง หมายถึง การเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพไปจากปกติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร และยังก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพทำให้ต้องมีการสังเกตอาการและการดูแลที่ต่อเนื่องอย่างน้อย 3-6 เดือน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบได้แก่ ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง การไคยีนบกพร่อง ปัญหาไตเรื้อรัง การมองเห็นบกพร่อง ความบกพร่องของกระดูกหลัง กระดูกแขนขาต่าง ๆ โรคหลอดเลือดตีบแข็ง เบาหวาน โรคหลอดเลือดดำ ริดสีดวง ท้องผูก โรคระบบทางเดินปัสสาวะทางเดินด้าน ตาปลา ไช้ละอองฟาง ไส้เลื่อน (Santrock, 2008) ผู้สูงอายุชาวแอฟริกัน ร้อยละ 73.0 มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 25.0 ของผู้สูงอายุเป็นความดันโลหิตอย่างเฉียบพลัน และร้อยละ 25.0 เป็นความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วมอื่นอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไป ผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.0 มีโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่ความดันโลหิตสูง (Westaway, 2009)

โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการสูญเสียสุขภาพของผู้สูงอายุไทยถึงร้อยละ 85.2 (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2548) โดยในปี พ.ศ. 2549 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 48.0 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล คือร้อยละ 50.4 และร้อยละ 47.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังสูงสุดเป็นผู้สูงอายุภาคเหนือร้อยละ 53.3 และผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโรคเรื้อรังต่ำกว่าทุกภาค คือร้อยละ 42.8 ผู้สูงอายุในเทศาภิบาลมีส่วนร่วมการเป็นโรคเรื้อรังประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) และการเจ็บป่วยด้วยหลายโรคพร้อมกันในผู้สูงอายุ พบสูงสุด 7-8 โรคในบุคคลคนเดียว โดยเฉพาะวัยสูงอายุตอนปลาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบสูงสุดใน 5 อันดับแรก คือ ทั้งในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ พ.ศ. 2549 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทุกเพศ ทุกกลุ่มวัย ทุกเขตการปกครอง และทุกภาค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 เบาหวาน ร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) สอดคล้องกับ การศึกษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ที่พบใน 5 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม/ปวดข้อ และโรคกระเพาะ/ลำไส้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2551)

เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่าผู้สูงอายุในแต่ละภาคจะมีสัดส่วนการเป็นโรคเรื้อรังที่แตกต่างกันไป โดยพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบสูงสุดคือ ร้อยละ 2.3 ผู้สูงอายุในภาคกลางมีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

สูงสุด 2 โรค คือ ความดันโลหิตสูงและหัวใจ ร้อยละ 40.8 และ 9.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุภาคใต้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรค คือ อัมพฤกษ์/อัมพาต ร้อยละ 3.5 และ โรคเมเร็ง ร้อยละ 1.0 สำหรับผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด คือ ร้อยละ 18.9 และยังพบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนของการเป็นโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล และผู้สูงอายุเพศชาย ยกเว้น โรคเมเร็งพบได้เท่าๆ กัน ผู้สูงอายุกลุ่มวัยกลาง มีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มวัยอื่น ยกเว้นอัมพฤกษ์/อัมพาตที่พบว่ามีสัดส่วนการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น พบได้ร้อยละ 1.8 ผู้สูงอายุวัยกลาง พบได้ร้อยละ 3.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย พบได้ร้อยละ 4.8 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551)

ภาพสุขภาพประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการศึกษาถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุใน 7 จังหวัดภาคอีสาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว ร้อยละ 51.0 โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด ร้อยละ 36.5 รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหารและเบาหวาน ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ (คณิศร ธีวันดา และมุลี แสงใจ, 2552) การศึกษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รับการรักษาในระดับโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย พบว่ามีจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่าง 1-6 โรค โดย 10 โรคแรกได้แก่ โรคเมเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด ไต หลอดเลือดสมองและระบบประสาท กระดูกกล้ำเนื้อข้อและเกาต์ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ติดเชื้อที่ผิวหนัง และวัณโรค ตามลำดับ (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552) และจากการทบทวนกลุ่มโรคเรื้อรัง 10 อันดับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีดังนี้

1) โรคเมเร็ง โรคเมเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึงร้อยละ 12.0 และร้อยละ 50.0 ของโรคเมเร็ง พบในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายुर้อยละ 11.0 เป็นโรคเมเร็ง (Crawford & Cohen, 2003 อ้างถึงใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ในผู้สูงอายุไทยพบว่าโรคเมเร็งเป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจากอัตราการตาย 169.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 402.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2549 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ม.ป.ป.) จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเพศหญิงผู้สูงอายุพบเป็นเมเร็งปากมดลูกสูงสุดและในผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่พบเป็นเมเร็งปอด (สถิติจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, ม.ป.ป. อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544)

2) โรคความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตพบว่าเพิ่มขึ้นตามอายุอุบัติการณ์ของโรคจึงสูงขึ้นตามอายุ (สุจินดา ริมศิริทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2546; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552ข) จากรายงานสุขภาพในระดับโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2543



โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะและเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 13.0 ของการตายทั้งหมด (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ม.ป.ป.) ผู้สูงอายุไทยพบโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 26.0-31.6 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) และพบสูงขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2547 ผู้สูงอายุไทยมีความชุกของโรคความดันโลหิต ร้อยละ 51.6 และผู้สูงอายุที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคและไม่เคยรักษามีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 56.8 (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาชัย, 2550)

3) โรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงในกระบวนการชราทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์เบต้า (Beta cell) ในร่างกายลดลง เกิดการหลั่งอินซูลินที่ลดลง และพบภาวะคืออินซูลินเพิ่มขึ้น ร่วมกับผู้สูงอายุวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในการมีกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้พลังงานและการออกกำลังกายที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานที่เพิ่มสูงขึ้น (มยุรี หอมสนิท, 2552) จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.8 และผู้สูงอายุที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคและไม่เคยรักษามีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 41.2 (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาชัย, 2550)

4) โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ในผู้สูงอายุพบว่า อายุที่เพิ่มสูงขึ้นร่วมกับประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) โรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 26.2, 28.0 และ 31.1 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

5) โรคไต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (60 ปี) การทำหน้าที่ของไตจะลดลงประมาณร้อยละ 50.0 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) โดยพบว่าเมื่ออายุ 50 ปี ขึ้นไปขนาดของไตจะลดลงร้อยละ 10 ในทุก 10 ปี ทำให้ไตผู้สูงอายุมีความสามารถในการเก็บน้ำลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะขาดน้ำ การตอบสนองต่อ Vasopressin ลดลง การเปลี่ยนแปลงการทำงานของไตตามกระบวนการสูงอายุประกอบกับการมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นโรคไตมากขึ้นและโรคไตยังเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้สูงถึงร้อยละ 55.0 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน และพบได้ร้อยละ 30.0 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (อรุณศรี เดชสหัส, 2546)

6) โรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke subtypes) มี 2 ชนิด คือ หลอดเลือดสมองตีบและหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 9.6 ของประชากรโลก และก่อให้เกิดความพิการ ร้อยละ 3.3 ของการเกิดโรคทั้งหมด อีกทั้งยังพบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อผู้สูงอายุ โดยพบ

มากขึ้นตามอายุ อัตราการเสียชีวิตจากโรค ในผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไปพบได้ถึง ร้อยละ 17.0 และมีเพียงร้อยละ 50.0 ที่สามารถกลับไปอยู่บ้านได้ หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552ก) ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การมีระดับไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ถึงร้อยละ 33.0 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้สูงอายุพบได้ร้อยละ 15.0 สอดคล้องกับการเจาะเคมีเลือดผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยของหน่วยโสตประสาท พบว่าผู้สูงอายุมีไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.9 (สุจิตรา ประสานสุข และคณะ, 2552)

7) โรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 50.0 มีปัญหาข้ออักเสบ (Eliopoulos, 2010b) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนของไทยในปี พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ ร้อยละ 15.7, 15.7 และ 13.0 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเจ็บป่วยด้วยโรคปวดข้อมากที่สุดร้อยละ 36.5 (คณัย ชีวันดา และ มลฤดี แสนใจ, 2545) จากการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 8.4 โดยพบในผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมากกว่านอกชุมชนเมือง ร้อยละ 10.3 และ 7.0 ตามลำดับ โดยพบมากที่สุดในผู้สูงอายุเขตกรุงเทพฯ ร้อยละ 12.4 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 5.1 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

8) โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ในผู้สูงอายุจะเกิดการหลังกรดในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยและการดูดซึมบกพร่อง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและกล้ามเนื้อหูรูดทำงานไม่ประสานกัน ทำให้ผู้สูงอายุสำลักได้บ่อย (สุดาพรรณ ธัญจิรา, 2546) ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 10.0 (คณัย ชีวันดา และ มลฤดี แสนใจ, 2552) และพบได้ในผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 5.6 (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552)

9) โรคติดเชื้อที่ผิวหนัง จากการเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังในผู้สูงอายุ ต่อมเหงื่อลดลงต่อมไขมันลดประสิทธิภาพลง ทำให้ผิวหนังแห้งและหยาบกร้าน ผู้สูงอายุจึงมีอาการคันตามร่างกายได้บ่อย การลดลงของจำนวนพาซิเนียนแคปซูล (Pacinian's corpuscle) และเมียร์สซิเนอร์แคปซูล (Meissner's corpuscle) ลดลง การรับรู้ความเจ็บปวดของผิวหนังลดลง การตอบสนองต่อการบาดเจ็บในลักษณะอักเสบลดลง ทำให้อาการบวมแดงร้อนอาจไม่ชัดเจนผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผิวหนังได้ง่าย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552ก)

10) วัณโรค เป็นโรคติดเชื้อที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) โดยพบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.7 พบในผู้สูงอายุนอกชุมชน

เมือง ร้อยละ 0.8 ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง คือ ร้อยละ 0.4 พบเป็นผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 1.2 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุในทุกภาค (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

3.2.3.2 ปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อมลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเจ็บป่วยที่พบได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่น เห็นได้จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายในช่วง 1 เดือนระหว่างการสัมภาษณ์สูงถึงร้อยละ 30.0 และยังมีความแตกต่างกันตามเขตลักษณะที่อยู่อาศัยโดยพบว่า ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีปัญหาการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลคือ ร้อยละ 32.1 และ 24.8 ตามลำดับ พบสูงสุดในผู้สูงอายุภาคเหนือ ร้อยละ 33.5 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 31.9 ตามลำดับและผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วย/ไม่สบายสูงกว่าเพศชาย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 19.1 ผู้สูงอายุ มีอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุพบว่าการเจ็บป่วยมากคือ ปวดหลัง ร้อยละ 27.2 และโรคทางสายตา ร้อยละ 18.2 (วิไลวรรณ วัฒนานนท์, 2544) และ สุจิตรา ประสานสุข และคณะ (2552) พบว่า อาการวิงเวียนของผู้สูงอายุ ตามสาเหตุของอาการมาจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาเรื่องฟันแท้เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ถึงร้อยละ 48.6 ซึ่งในการแพทย์ระบุว่า การมีฟันแท่น้อยกว่า 20 ซี่ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการบดเคี้ยวอาหาร (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ผู้สูงอายุในเทศบาลนครขอนแก่น ร้อยละ 49.8 มีภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เจ็บป่วยหนัก ร้อยละ 24.4 (บัวลักษณ์ จันทระ, จิราพร เขียวอยู่ และ วงศา เลหาศิริวงศ์, 2550) ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันมากถึงร้อยละ 47.1 การเจ็บป่วยด้วยอาการปวดตามข้อ ปวดหลังปวดเอว พบในผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 43.9-48.3 (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2548; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) อาการปวดเป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคอีสานที่พบมาก (กั้งแก้ว เกษโกวิท, 2545; วิไลวรรณ วัฒนานนท์, 2544) ในผู้สูงอายุพบมีปัญหา ปวดข้อ ปวดเข่าหรือหลัง ร้อยละ 66.0 เหนื่อย/อ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 48.0 อาการเหล่านี้เป็นปัญหาที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ถึงร้อยละ 98 ของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทั้งหมด ปัญหาในเรื่องการช่วยเหลือตนเองไม่ได้พบในผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง และมักเป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาค่ำ

ไม่มีหรือมีรายได้น้อย ไม่มีลูกหลานหรือผู้ที่ผูกพันทางสายเลือดเป็นผู้ดูแลหรือพาไปรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย (บุหงา สารัตน์, 2543) และในผู้สูงอายุยังพบมีปัญหาคารนอนไม่หลับ (วิไลวรรณ วัฒนานนท์, 2544; คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2548)

3.2.3.3 ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ (Common problem)

ความเสื่อมตามวัยและโรคประจำตัวที่มีมาแต่เดิม การใช้ยาและการรักษาที่ผ่านมา การมีกิจกรรมที่ลดลง การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ภาวะเครียดต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเปราะบางได้ง่าย (Ahmed, Mandle, & Fain, 2007) และจากการที่ผู้สูงอายุมักจะมีโรค มีความผิดปกติ หรือความพิการมากกว่าหนึ่งชนิด (Multiple pathology) ประกอบกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจน ไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical or non specific presentations) จึงทำให้การดูแลวินิจฉัยโรคในผู้สูงอายุอาจจะไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้สูงอายุทั้งหมด ดังนั้นจึงมีการจัดกลุ่มปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุไว้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้คำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังมีปัญหาสุขภาพ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ดังนี้ ภาวะที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ (Immobility) ความไม่มั่นคงในการทรงตัว (Instability) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) ความบกพร่องเกี่ยวกับปัญญา (Intellectual impairment) ภาวะติดเชื้อ (Infection) ความบกพร่องในการมองเห็นและการได้ยิน (Impairments of vision and hearing) ภาวะลำไส้ไวต่อการกระตุ้นหรือกลั่นอุจจาระไม่ได้ (Irritable colon) ภาวะซึมเศร้า (Isolation or Depression) ภาวะทุพโภชนาการ (Inanition or Malnutrition) อาการข้างเคียงจากการรักษา (Iatrogenesis) การนอนไม่หลับ (Insomnia) ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Immune Deficiency) ไร้สมรรถภาพ (Impotent)

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้สูงอายุจากการศึกษาผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพสำคัญ ดังต่อไปนี้ ปัญหาเรื่องการนอนหลับ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัญหาท้องผูก ปัญหาสูญเสียความจำ ปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ ปัญหาเรื่องการนอนกรน ปัญหาเรื่องการหกล้ม และปัญหาไม่สามารถกลั่นอุจจาระได้ ตามลำดับ (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552)

1) ภาวะที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ (Immobility) ในผู้สูงอายุอาจจะเกิดจากอวัยวะบางส่วน หรืออวัยวะส่วนปลายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ โดยมากจะเป็นประเภทชั่วคราวจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือตามสภาพแวดล้อม เห็นได้จากอุบัติเหตุการเคลื่อนที่ไม่ได้ ในผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลพบได้สูงถึงร้อยละ 64.0 ในผู้ป่วยสูงอายุในระยะก่อนส่งตัวกลับชุมชนร้อยละ 20.4 สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาภาวะเคลื่อนที่ไม่ได้ประมาณร้อยละ 2.5 โดยส่วนใหญ่จะเป็นประเภทโรคเรื้อรัง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข, 2548ก) ภาวะเคลื่อนไหวที่ไม่ได้ยังนำไปสู่การเกิดแผลกดทับ โดยพบว่า ผู้ที่เกิดแผลกดทับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 41.0 และเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบสมองและไขสันหลัง ร้อยละ 30.8 การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับ ทำนายการเกิดแผลกดทับ ในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 71.8 (มาลี งามประเสริฐ, 2545)

2) ความไม่มั่นคงในการทรงตัวหรือภาวะหกล้ม (Instability, Falling) อุบัติเหตุเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตในผู้สูงอายุ การหกล้มไม่ว่าจะรุนแรงหรือเล็กน้อยล้วนเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุเกิดความกลัวและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 20-25 กลายเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่เฉยๆ ในบ้านและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงขึ้น และการบาดเจ็บที่รุนแรงเช่นกระดูกสะโพกหัก ยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุ ในชุมชนร้อยละ 19.4 เกิดอุบัติเหตุอย่างน้อย 1 ครั้งในหนึ่งปีที่ผ่านมา และจากจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น พบว่า ร้อยละ 69.7 เกิดจากการหกล้ม ร้อยละ 12.4 เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรและเพศหญิงหกล้มมากกว่าเพศชาย (Donmez & Gokkoca, 2003) การเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ได้จากการเปลี่ยนแปลงสถานที่ และการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการใส่สายอุปกรณ์ต่าง ๆ ผลจากยา ความอ่อนเพลียจากโรคและอาการเจ็บป่วย ประกอบกับความเสื่อมในด้านสายตา เป็นต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงอายุ 70 ปีขึ้นไป ถ้ามีการพักผ่อนไม่เพียงพอหรือนอนหลับได้น้อย จะทำให้มีโอกาสหกล้มง่ายขึ้น และการหกล้มยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่นอนหลับต่ำกว่าคืนละ 5 ชั่วโมง มีโอกาสเพิ่มขึ้นถึงครึ่งหนึ่งที่หกล้มไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง ภายใน 1 ปี เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิงวัยเดียวกันที่นอนหลับเกินคืนละ 7 ชั่วโมง (สถาบันวิจัยศูนย์การแพทย์เคลิฟอร์เนีย แปซิฟิก, ม.ป.ป. อ้างถึงใน สารสนเทศทางประชากรศาสตร์, 2552) อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุไทย ในชุมชนร้อยละ 30.0 และพบสูงขึ้นเป็นร้อยละ 40.0 ในผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมีประวัติหกล้มที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตร้อยละ 10-15 อุบัติการณ์การหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุพบร้อยละ 50.0 ของผู้ที่มีประวัติการหกล้ม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะที่เกิดจากความไม่แข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการยืน เดินและพยุงตัว ร้อยละ 34.5 การได้รับยานอนหลับร้อยละ 11.8 และการขับถ่ายผิดปกติ ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ (สะอาด พิมพ์ปติมา และคณะ, 2548)

3) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) ภาวะกลั้นปัสสาวะ เป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบในเพศหญิง ร้อยละ 10-20 และในผู้สูงอายุ

เพศชายพบร้อยละ 7-10 และยังพบแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ พบร้อยละ 25.0 ผู้สูงอายุในสถานบริการผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.0 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) เช่น สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ได้แก่ การติดเชื้อ เบาหวาน สมองเสื่อม อารมณ์ซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาจากระบบประสาท ผลจากยาที่ใช้ในการรักษา อย่างเช่น ยานอนหลับ ยาขับปัสสาวะและโรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย และความปวด เป็นต้น (Jerram & Newson, 2007)

ผู้สูงอายุไทยในชุมชนมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นประจำ ร้อยละ 22.0 โดยมีการกลั้นปัสสาวะไม่ได้อย่างน้อย 2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 48.0 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อแรกเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 24.0 และยังมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เมื่อส่งตัวกลับถึงบ้าน ร้อยละ 22.0 สาเหตุที่พบได้บ่อยของปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ คือ สาเหตุจากระบบทางเดินปัสสาวะและทางนรีเวช สาเหตุทางระบบประสาทและจิตเวช สาเหตุทางอายุรกรรม ร้อยละ 48.0 สาเหตุจากสภาพทางสิ่งแวดล้อม (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) และการศึกษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุหญิงที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ในขณะที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 29.5 โดยพบชนิดที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 80.6 คือ ชนิดปัสสาวะรดเนื่องจากมีขีดจำกัดของร่างกาย (พัชรินทร์ ฟูสกุล, 2549)

4) ความบกพร่องเกี่ยวกับปัญญา (Intellectual impairment) เช่น ภาวะสับสน (Confusion) และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยที่ภาวะสับสนจะเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว และการมีสมาธิที่ลดลงของผู้สูงอายุ อาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน อับติการณ์ในการเกิดภาวะสับสนจะต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยและความไวของการวินิจฉัย โดยเฉลี่ยพบได้ ร้อยละ 14-56 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552ก)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นอาการของความผิดปกติในเนื้อสมอง และมีความผิดปกติในหน้าที่เนื้อสมองส่วนอื่นร่วมด้วย ผู้สูงอายุจะไม่มีอาการผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว แต่อาจพบว่ามีความสามารถในการคิดเชิงซ้อนลดลง ความสามารถในการตัดสินใจบกพร่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและมีอาการเสื่อมของความจำเป็นอาการเด่น ความผิดปกติดังกล่าวก่อให้เกิดผลเสียต่อหน้าที่การงาน ชีวิต สังคมและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) จากการศึกษาในผู้สูงอายุไทยพบความชุกของภาวะสับสนจับปล้นเมื่อแรกรับในผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 15.5 (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในแผนกอายุรกรรมพบได้ ร้อยละ 6.3-7.0 (บุศรา เอี้ยวสกุล, 2545; นัสดา คำนิคม, 2549)

พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล เกิดภาวะสับสนฉับพลัน (Acute confusion state) โดยอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ 72.5 ปี และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (นัคดา คำนิยม, 2549)

5) ภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้ (Irritable colon) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระที่ไหลผ่านทางทวารได้ เป็นปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) พบได้ถึงร้อยละ 3-21 ของผู้สูงอายุในชุมชน (Chassagne et al., 1999; Tariq, Morley, & Prather, 2003) ผู้สูงอายุในสถานบริการผู้สูงอายุ (Nursing home) และสถานบริการระยะยาว (Long term care) และมีภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้มากกว่าร้อยละ 50.0 (Tariq, Morley, & Prather, 2003)

อุบัติการณ์ภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้มักจะสัมพันธ์กับภาวะท้องร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) หรือภาวะที่มีการอัดแน่นของอุจจาระ (Fecal impaction) และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้ คือ ประวัติการกลั่นปัสสาวะไม่ได้ โรคเกี่ยวกับระบบประสาท ความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ภาวะความเสื่อมของสมอง และผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (Chassagne et al., 1999) และพบสูงถึงร้อยละ 80.0 ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่เข้าอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล และยังพบว่าภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้ในผู้สูงอายุวัยต้นพบเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย แต่เมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไป พบว่าไม่มีความแตกต่างกันมาก และพบภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้ร่วมกับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่ได้ ถึง 12 เท่าของภาวะกลั่นอุจจาระไม่ได้เพียงอย่างเดียว และร้อยละ 50-70 ของผู้สูงอายุที่กลั่นปัสสาวะไม่ได้จะมีความทุกข์ทรมานจากการกลั่นอุจจาระไม่ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล (Tariq, Morley, & Prather, 2003)

6) ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ภาวะใหญ่ๆ ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร (Under-nutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (Obesity) ส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุจะพบภาวะขาดสารอาหาร โดยพบภาวะขาดโปรตีนและพลังงานของผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมในโรงพยาบาลพบถึงร้อยละ 44.0 และภาวะขาดโปรตีนและพลังงานของผู้ป่วยสูงอายุทางศัลยกรรมในโรงพยาบาล ร้อยละ 50.0 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2545) การประเมินภาวะทุพโภชนาการ ประเมินได้จากเครื่องชี้วัด 2 ประเภทคือ ดัชนีมวลกาย (Body mass index) และเส้นรอบเอว (Waist circumference) โดยมีเกณฑ์ลักษณะการจำแนกประชากรตามค่าดัชนีที่ใช้ (เยาเวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยาภัทรอาชาชัย, 2550) ดังนี้ ภาวะน้ำหนักน้อย (ผอม) หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.50 กิโลกรัม/เมตร² น้ำหนักปกติ หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายที่เท่ากับหรือมากกว่า 18.50 ถึง 24.99 กิโลกรัม/เมตร² น้ำหนักเกิน หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายที่เท่ากับหรือมากกว่า 25.50 ถึง 29.99 กิโลกรัม/เมตร² ภาวะอ้วน หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายที่เท่ากับหรือมากกว่า 30.00 กิโลกรัม/เมตร² และภาวะอ้วนลงพุง (Central obesity) หมายถึง มีค่าเส้นรอบเอว ชาย เท่ากับหรือมากกว่า 90

เซนติเมตร เส้นรอบเอวหญิงเท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตร ซึ่งภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลายชนิด เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น แต่ถ้าน้ำหนักน้อยหรือผอม จะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร กระดูกพรุน และระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาชัย, 2550)

ผู้สูงอายุที่มีระดับน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อเข้าอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล อาจพบว่าภาวะโภชนาการทรุดลงกว่าเดิม เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารและเครื่องดื่มที่ตัวเองชอบ มีพยาธิสภาพในช่องปาก ทำให้การกลืนอาหารลำบาก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ภาวะขาดสารอาหารพบได้ร้อยละ 59-65 ของผู้สูงอายุในสถานพยาบาล (Fishman, 1999) ซึ่งสาเหตุเกิดจากผู้สูงอายุมีปัญหาช่องปาก เช่น ไม่มีฟัน ปากอักเสบ ใส่ฟันปลอมที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาในการกลืนหรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง การจำกัดอาหารเพื่อการรักษา ผลจากยาบางชนิด และ ภาวะท้องผูกเรื้อรังทำให้เบื่ออาหารได้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุผู้รับรสมิ่จำนวนลดลง การหลั่งน้ำลายลดลง ความไวในการรับรส การรับกลิ่นลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้และแยกแยะอาหารต่าง ๆ ลดลง (Fishman, 1999)

7) ผลข้างเคียงจากการดูแลรักษา (Iatrogenesis) การใช้ยาในผู้สูงอายุ พบได้ถึงร้อยละ 25-40 โดยเฉลี่ย 4.5 ชนิดต่อวัน เนื่องจากมีโรคเรื้อรังหลายโรค และผู้สูงอายุร้อยละ 40-50 ซึ่ขอรับประทานเอง โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ซึ่งการใช้ยาจำนวนมากร่วมกับกระบวนการชราในผู้สูงอายุจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาและเสริมฤทธิ์กันทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามมา โดยพบในผู้สูงอายุมากกว่าวัยหนุ่มสาว 2-3 เท่า และพบได้ร้อยละ 10-30 ของผู้ที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล (Demaagd, 1995) การศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนพบว่ามีการใช้ยาในระยะเวลา 1 เดือนร้อยละ 70.3 มีการใช้ยาเฉลี่ย 2.6 ชนิดต่อคน ทราบว่าเป็นยาอะไร จำนวน 73.5 ไม่ทราบอาการข้างเคียงของยาร้อยละ 96.0 (จักษณา ปัญญาชีวิน และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) การได้รับยา อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบผิวหนัง ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาทส่วนกลาง โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปี พบว่ามีอาการที่ต่างไป เช่น อาการในระบบทางเดินปัสสาวะ ปวดศีรษะ หรือ เจ็บแน่นหน้าอก ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการทรงตัว โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงจากยาในผู้สูงอายุ คือ อายุมาก เพศหญิง ได้รับยาจำนวนมาก ได้รับยาในขนาดสูง มีประวัติของการเกิดผลข้างเคียงจากยาในอดีต ประสิทธิภาพการทำงานของตับและไตลดลง มีโรคที่ประจำตัวมากกว่า 1 โรค ผู้สูงอายุที่มีรูปร่างขนาดเล็ก เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ปัญหาโรคเรื้อรังและอาการเจ็บป่วยมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างไป

3.2.4 พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของบุคคลที่ทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการดูแลสุขภาพ ป้องกัน หรือสร้างเสริมสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) พฤติกรรมสุขภาพหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในอดีตและปัจจุบันจะเป็นตัวที่บ่งบอกได้ถึงภาพสุขภาพของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร พบว่าร้อยละ 55-60 ของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตมีผลต่อภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เหลือเกิดจากกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อมและระบบบริการสุขภาพ (Donatella & Davis, 1993 อ้างถึงใน เขียวรัตน์ ปรีกษ์งาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ตันสกุล, 2549) ดังนี้

3.2.4.1 พฤติกรรมการเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมการรักษาโรค ซึ่งมีความแตกต่างกันไปใน 2 ปัจจัย ที่สำคัญ คือ อาการเจ็บป่วยที่ต่างกัน และความแตกต่างของเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ ทำให้การเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันไป การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครโดยรวมเป็นไปในทางที่ดี อายุ การศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาอย่างไม่มีนัยสำคัญ ในขณะที่เพศ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อัจฉรา พุ่มดวง และคณะ, 2549)

การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ที่เกิดจากกลุ่มโรค กลุ่มอาการและอุบัติเหตุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลโดยรวม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.1 คือ เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย ลักษณะการเจ็บป่วยที่เกิดจากกลุ่มโรค กลุ่มอาการและอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน/คลินิกมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเลือกซื้อยากินเองเพราะความเชื่อส่วนบุคคลมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ส่วนผู้สูงอายุวัยปลาย (70 ปีขึ้นไป) มีโอกาสเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและสถานีน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) และจะมีลูกหลานร่วมในการตัดสินใจมากกว่าด้วย ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทและเขตเทศบาลมีโอกาสดำเนินการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐใกล้เคียงกัน เพราะสามารถใช้สิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพได้ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเนื่องจากกลุ่มโรค 5 อันดับแรก พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เป็นไข้หวัดมีโอกาสดำเนินการซื้อยากินเองเพราะความเชื่อส่วนบุคคล และความสะดวก/ใกล้บ้าน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือด และโรคกระเพาะ/ลำไส้อักเสบ มีโอกาสเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูงมากเพราะสามารถใช้สิทธิหรือบัตรประกัน

สุขภาพได้ สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเนื่องจากกลุ่มอาการ มีโอกาสเลือกซื้อยากินเองเพราะความเชื่อส่วนบุคคลและความความสะดวก/ใกล้บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุมีโอกาสดำเนินการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูงมากเช่นกันเพราะอาการหนัก/รักษาที่เดิมไม่หายขาด (สุปราณี เขยชม, ม.ป.ป.) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 46.2 จะซื้อยากินเองโดยเลือก โรงพยาบาลอำเภอเป็นแหล่งรักษาที่สอง ร้อยละ 69.9 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 41.7 โดยเป็นการออกให้บริการจากเจ้าหน้าที่ในชุมชนถึงร้อยละ 30.8 (สุภัทรา เจริญโคตร, 2547)

3.2.4.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำเพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรงเสมอ เช่น การออกกำลังกาย การไปรับวัคซีน การรับประทานอาหารตรงเวลาครบ 5 หมู่ เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ดันสกุล, 2549) ปัจจุบันพบว่า ประชากรไทยส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2548) การออกกำลังกาย ในวัยสูงอายุกำลังกล้ามเนื้อและประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะที่ดี และคงไว้ซึ่งช่วงระยะเวลาในการช่วยเหลือตัวเองที่เพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544)

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถ ในเชิงปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น ช่วยป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ทำให้การนอนหลับดีขึ้น ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น และลดการสะสมของไขมันในร่างกาย การออกกำลังกายของผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 30.0 (Dillon, 2007) ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป) ชาวเอเชียในสหรัฐอเมริกา (Asians and Native Hawaiian or Other Pacific Islanders) มีอัตราการออกกำลังกายต่ำที่สุดโดยเฉพาะในเพศหญิง คือ น้อยกว่าร้อยละ 31.7 (Choon, Kayser-Jones, & Waters, 2007) ผู้สูงอายุไทยไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 61.2 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548) ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย คือมีผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 39.8 ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 29.4 สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายเลยมีร้อยละ 30.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

3.2.4.3 พฤติกรรมสุขภาพในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำที่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเชื่อ ค่านิยม และการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การไม่รับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ดันสกุล, 2549) การบริโภคอาหารในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความผิดปกติในช่องปากและระบบทางเดินอาหาร ผลข้างเคียงจากยา การเจ็บป่วย



ปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน และ โรคเกี่ยวกับจิตใจ เป็นต้น การประเภทรูปอาหารที่รับประทาน เช่น การรับประทานอาหารสด อาหารกระป๋อง อาหารที่มีกากใย ผัก ผลไม้ อาหารที่มีรสเค็ม รสหวาน อาหารเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน (Dillon, 2007) ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีปัญหาในเรื่องการบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548) คือ มีได้ทั้งการบริโภคที่มากเกินไปและที่น้อยเกินไปหรือขาด โดยพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 3 ใน 4 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การรับประทานอาหารได้น้อยในผู้สูงอายุ พบว่าเกิดจากสาเหตุ คือ ความไม่ปกติของร่างกาย ทั้งในด้านความแข็งแรง อาการเจ็บป่วย หรือความพิการทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ สายตาที่ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถไปจับจ่ายซื้อหา รวมทั้งประกอบอาหารไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุชาย เมื่อภรรยาเสียชีวิตการต้องอยู่คนเดียวทำให้มีปัญหาในการประกอบอาหาร ข้อจำกัดด้านรายได้ทำให้ผู้สูงอายุขาดเงินในการที่จะซื้ออาหารที่เพียงพอ รวมทั้งปัญหาสุขภาพทางจิตความเครียดทางอารมณ์ และภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลงและเบื่ออาหาร (บรรลุ สิริพานิช, 2549) ผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์มีการดูแลสุขภาพโดยผู้สูงอายุ รับประทานผักสดและผลไม้เป็นประจำร้อยละ 57.2 ดื่มน้ำสะอาดในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเป็นประจำร้อยละ 64.5 คือ ดื่มน้ำมากกว่า 8 แก้วต่อวัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

3.2.4.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสาธารณสุข เช่น การร่วมรณรงค์ในโครงการต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพดี เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล, 2549) จากการศึกษาถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ คือ ร้อยละ 90.0 ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้สถานะสุขภาพ และสถานภาพในครอบครัว ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาชีพหลังอายุ 60 ปี การมีโรคประจำตัว การมี/การเข้าถึง/การใช้สถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การมี/การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การมี/การเข้าถึง/การใช้สถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด (วรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543)

3.2.4.5 พฤติกรรมเสี่ยงในด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรประมาณ 5 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับ 2 ในการเสียชีวิตของประชากรโลก และพบมากกว่าครึ่งเป็นประชากรในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สารนิโคติน (Nicotine) จากบุหรี่จะทำให้มีการเพิ่มของแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น สารนิโคตินยังไปลดไขมันชนิดดี (High-density lipid protein: HDL) เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด เร่งการเกิดอหิวาโรมา (Atheroma) และทำให้หลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็งตัว (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546) ดังนั้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพ

จากการสำรวจการสูบบุหรี่ในประชากรไทย ปี พ.ศ. 2549 พบว่าผู้สูงอายุสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.2 ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มอายุ 15-24 ปี ที่พบสูงสุดคือ ร้อยละ 25.0 ผู้สูงอายุเพศชายสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงคือ ร้อยละ 38.1 และ 4.0 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) พบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่ลดลงในปี พ.ศ. 2550 โดยพบร้อยละ 12.6 (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) และจากการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ ปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 10.0 โดยผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นบางวัน ร้อยละ 42.0 และที่สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 13.8 ผู้สูงอายุเพศชายสูบบุหรี่ทุกวันสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 21.7 และ 3.7 ตามลำดับ และยังพบว่าการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 16.3, 12.1 และ 10.0 ในผู้สูงอายุวัยต้นวัยกลางและวัยปลายตามลำดับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) อ้างถึงใน มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

2) การดื่มสุรา การดื่มสุรานำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย เช่น การเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ (Satariano, 2006) การดื่มสุราสัมพันธ์กับการเกิดโรคเช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเมื่อลดการดื่มสุราความดันโลหิตจะลดลงสู่ภาวะปกติได้ (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546) จากสถิติในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดื่มสุราทุกวันหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 5.7 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548) การดื่มสุราในผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2548 พบร้อยละ 18.1 โดยที่ผู้สูงอายุเพศชายจะมีจำนวนผู้ที่ดื่มสุราสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและยังว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นกลุ่มที่ดื่มสุราสูงมากกว่าทุกภาค คือ ร้อยละ 22.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย, 2550)

3) การเคี้ยวหมาก และผู้สูงอายุ เคี้ยวหมากเป็นประจำ ร้อยละ 16.5 การเคี้ยวหมากพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชาย และพบในผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่า

วัยกลางและวัยต้น ร้อยละ 28.9, 20.7 และร้อยละ 12.2 ตามลำดับ (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 ที่พบว่า ผู้สูงอายุเกือบหมากเป็นประจำ ร้อยละ 16.2 การเกือบหมากในผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดแผลในช่องปากและอาจจะนำไปสู่ปัญหาการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากได้ (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และ ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต่างกัน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชรา ปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งการมีโรคและอาการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุฟันหายได้ยากกว่าวัยอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

3.3 ความสามารถเชิงปฏิบัติ

ความสามารถในเชิงปฏิบัติเป็นลักษณะที่บอถึงความสามารถของบุคคลในการทำประโยชน์ต่อสังคมต่อผู้อื่นรวมทั้งต่อตนเองทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ ผู้สูงอายุมักจะรับรู้ความสูงอายุดังเองก็ต่อเมื่อมีระดับความสามารถเชิงปฏิบัติที่ด้อยลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น นักวิชาการด้านผู้สูงอายุและวิชาชีพสุขภาพจึงใช้แนวคิดนี้ในการดูแลผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ความสามารถเชิงปฏิบัติที่ลดลงหมายถึงการมีภาวะพึ่งพา โดยกิจกรรมที่ใช้วัดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุคือ กิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อดำรงชีวิตในสังคม (Active of daily living) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร ความสามารถในการใส่เสื้อผ้า ความสามารถในการใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ เป็นต้น 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Extended หรือ Instrumental activity of daily living) ซึ่งได้แก่ กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยอิสระ เช่น การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การไปจ่ายตลาด เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ผู้สูงอายุจะมีความสามารถลดลงอย่างช้าๆ โดยส่วนใหญ่จะเป็นการลดลงของกิจกรรมทางสังคมเป็นอันดับแรก ต่อมาจะเป็นกิจกรรมงานบ้าน จนกระทั่งถึงการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และ ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะพึ่งพาได้ เนื่องจากปัจจัยสำคัญด้านสุขภาพที่การเปลี่ยนแปลงตามวัย ประกอบกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในโรงพยาบาล อาการข้างเคียงจากการรักษา การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา การติดเชื้อในโรงพยาบาล การผูกมัด และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Graf, 2006) ความสามารถเชิงปฏิบัติเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุและผู้ดูแล การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ ทำให้เกิดความ

ต้องการพึ่งพาครอบครัว และต้องเข้าสู่การพึ่งพาระบบบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Wang, Belle, Kukull, & Larson, 2002) ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล ยังเป็นข้อมูลที่ช่วยในวางแผนการจัดรูปแบบการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสม ให้กับทีมสุขภาพ และยังเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสำเร็จในการดูแลและคุณภาพของการจำหน่ายได้อีกทางหนึ่ง (Nelson, Parkman, Evans, & Cox, 2001)

จากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2546 ในชุมชน พบว่าระดับความสามารถในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุในช่วง 60-79 ปี ทำได้อยู่ในเกณฑ์ปกติเกินร้อยละ 90.0 แต่ในกลุ่มอายุมากขึ้นทำได้น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี และยังพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีผู้สูงอายุพึ่งพามากกว่าภาคอื่น (วิชัย เอกพลกร, 2550) โดยที่ภาวะพึ่งพาในกิจวัตรพื้นฐานประจำวันของผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ในเกณฑ์ปกติในเพศหญิงมีมากกว่าชาย คือ ประมาณร้อยละ 3.8 และร้อยละ 4.9 ตามลำดับ และในด้านการขับถ่าย พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำได้ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 4.9 และร้อยละ 7.1 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ โดยภาวะพึ่งพาทั้งสองด้านนี้จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธุ์, 2549)

ลักษณะกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 44.0 ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง ร้อยละ 66.9 ไม่มีปัญหาการทำงานนอกบ้านหรือทำงานบ้าน ร้อยละ 53.2 ผู้สูงอายุมีความยากลำบากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น ร้อยละ 66.6 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาวะพึ่งพามากกว่าในภาคอื่นๆ ในทุกตัวชี้วัด คือ มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ร้อยละ 5.2 ภาวะพึ่งพาในการขับถ่าย ร้อยละ 4.9 พึ่งพาในการทำงานบ้าน ร้อยละ 18.8 (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธุ์, 2549)

สุปริดา มั่นคง และคณะ (2549) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลงเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้าโรงพยาบาล และความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงความต้องการการดูแลมากขึ้นตามลำดับ

3.4 ภาพสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Psychological Health in Older persons)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ อาจเกิดได้จากการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต เช่น การหยุดทำงาน การเจ็บป่วยที่ร้ายแรง การสูญเสียบุคคลที่รักหรือใกล้ชิด การสูญเสียบทบาทในครอบครัว และการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตในผู้สูงอายุ เป็นการตอบสนองต่อการรับรู้ความสูงอายุนของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐฐานะ การศึกษา และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ การยอมรับถึงความสูงอายุ การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม จะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Successful aging) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ ไม่มีการเตรียมตัว ทำให้วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสียในทุก ๆ ด้าน ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดปัญหาหรือความผิดปกติทางจิตได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ปัญหาทางจิตในผู้สูงอายุ อาจเกิดจาก ผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสมอง มีภาวะบกพร่องเกี่ยวกับสติปัญญา (Intellectual impairment) มีความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง (Impairment of vision and hearing) ภาวะแยกตัวหรือซึมเศร้า (Isolation, depression) โดยที่ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการวินิจฉัย และคิดว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุที่อายุมากจะหดหู่ ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลาน ไม่มีงานทำ หรือมีโรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุบางครั้งเป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ ซึ่งผู้สูงอายุเองมักแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายทางด้านจิตใจออกมาด้วยอาการทางร่างกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก)

การประเมินการทำหน้าที่ทางจิต จึงมีความสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การทดสอบการรับรู้ ความบกพร่อง (Cognitive function/impairment) และการตอบสนองต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า (Ebersole & Hess, 2001) การรู้ การเข้าใจ (Cognition) ในวัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ การมีสมาธิ ซึ่งโดยทั่วไปจะไม่เสื่อมตามอายุ ยกเว้นงานที่ต้องใช้สมาธิสูงหรืองานที่ซับซ้อน การใช้ภาษาพูด ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีภาษาพูดที่เป็นปกติหรืออาจมีความหมายที่ดีขึ้น การมองเห็นภาพ 3 มิติ การใช้สายตากระระยะอาจมีประสิทธิภาพลดลงและใช้ระยะเวลานานกว่าเดิม การเรียนรู้และความจำ ความสามารถที่จะจำเรื่องราวใหม่ ๆ และความจำในอดีตส่วนใหญ่ยังคงดีอยู่ ความจำปัจจุบันมักเสื่อมไปตามอายุที่มากขึ้นแต่เสื่อมลงเพียงเล็กน้อย การคิดในเชิงบริหารเป็นความสามารถในการคิดแบบนามธรรม ในผู้สูงอายุจะมีการริเริ่ม วางแผนการทำงานและติดตามผลงานรวมทั้งควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งในผู้สูงอายุจะไม่เสื่อมลง ยกเว้นในราย ที่มีพยาธิสภาพที่สมอง (สมภาพ เรืองตระกูล, 2547)

ในประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ จากรายงานผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต 17 แห่ง พบว่า ในปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับบริการสูงถึง 130,063 รายต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 144,224 รายในปี พ.ศ. 2551 ในจำนวนนี้พบเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าชายคือร้อยละ 57.2 และ 42.8 และเมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพทางจิตเวชตามกลุ่มอายุและเพศ พบเป็นผู้สูงอายุเพศชาย พบมากในผู้สูงอายุวัยกลาง วัยปลาย และวัยต้น ร้อยละ 49.3, 48.2 และ 36.0 ตามลำดับ และปัญหาสุขภาพทางจิตเวชในผู้สูงอายุหญิง พบในผู้สูงอายุวัยต้น วัยปลายและวัยกลาง ร้อยละ 64.0, 51.8 และ 50.7 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

ปัญหาการมีหนี้สิน ภาวะสุขภาพกาย รายได้ และเพศ ยังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินจะมีภาวะสุขภาพทางจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีหนี้สิน ผู้ที่มีภาวะสุขภาพทางกายดีกว่าจะมีภาวะสุขภาพทางจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพทางการแย่กว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่าจะมีภาวะสุขภาพทางจิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า โดยปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพทางจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจทุกปัจจัยรวมกันสามารถอธิบายความผันแปรต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ อยู่ระหว่างร้อยละ 15-17 ในขณะที่เมื่อปัจจัยอิสระทุกตัวรวมกันสามารถอธิบายความผันแปรของคะแนนภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 27.0 (คณัย ทิพยกนก, 2544)

การเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในครอบครัวอีสาน พบมีปัจจัยใน 2 มโนทัศน์ที่มีที่ความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน คือ การได้รับการตอบสนอง กาย จิต สังคม และการปรับตัวเพื่อคงความสมดุล กาย จิต สังคม มโนทัศน์ของการได้รับการตอบสนองทางกาย จิตสังคม ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยมีมุมมองในที่เกี่ยวข้องใน 3 มิติ คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคลที่ตอบสนองความต้องการ ได้แก่ ภาวะสุขภาพกาย การทำงาน เศรษฐฐานะความสำเร็จในการกิจ ภาวะพึ่งพากิจกรรมในสังคม 2) ปัจจัยภายนอกที่ตอบสนองความต้องการ ได้แก่ การตอบสนองความต้องการจากสมาชิกในครอบครัว และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ลักษณะชุมชนทางกายภาพและสังคม และเครือข่ายทางสังคม 3) ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองความต้องการ ได้แก่ ค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และมโนทัศน์ของการปรับตัวเพื่อคงสมดุล กาย จิต สังคม ประกอบด้วยปัจจัย 3 หมวดหมู่คือ 1) ปัจจัยการปรับสมดุลภายใน ได้แก่ ค่านิยมของบุคคล การปรับความคิด วุฒิภาวะทางอารมณ์ ความเชื่อทางศาสนา 2) ปัจจัยในการปรับสมดุลในครอบครัว ได้แก่ การสาน

สัมพันธ์กับคู่สมรส และการสานสัมพันธ์กับลูกหลาน และเขย สะใภ้ 3) ปัจจัยการปรับสมดุลในสังคม คือ การมีกิจกรรมในสังคม (สุรัสวดี ช่อตรง, 2547)

การประเมินการทำหน้าที่ทางจิตจึงมีความสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การทดสอบการรับรู้ ความบกพร่อง (Cognitive function/ impairment) และการตอบสนองต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า (Ebersole & Hess, 2001)

3.4.1 ปัญหาด้านอารมณ์เศร้า พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30.0 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้งและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากรายงานพบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10-15 มีอารมณ์เศร้า และร้อยละ 3.0 ป่วยด้วยภาวะอารมณ์เศร้า พบในเพศหญิงมากกว่าชาย และในผู้สูงอายุตอนต้น จะมีอาการน้อยกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย (อรพรรณ ทองแดง, ม.ป.ป.) อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของการเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความเบี่ยงเบนด้านการคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ้ำว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิด อคติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต พบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ ภาคใต้ของไทยมีความเศร้าร้อยละ 61.7 โดยพบว่าร้อยละ 37.5 อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 2.5 อยู่ในระดับรุนแรง (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) ผู้สูงอายุที่รู้สึกถึงการอยู่โดดเดี่ยว การที่คู่สมรสเสียชีวิต ความกังวลใจด้านการเงิน และสถานะสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ เป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตาย โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มในการฆ่าตัวตายสำเร็จว่าทุกกลุ่มอายุ และพบจำนวนการฆ่าตัวตายมากในช่วงอายุ 70 ปี ขึ้นไป (อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์ และสุภรณ์ จรัสสิทธิ, 2550) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ จากการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 36.9 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ ระดับการศึกษาที่ต่ำ การมีกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนของครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการมีระดับอารมณ์เศร้าที่สูง (Ko & Kang, 2008) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศจีน พบเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สูงถึงร้อยละ 50.0 ทั้งนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกายเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อม และยังเพิ่มอัตราการตายจากโรคลำไส้เนื้อหัวใจขาดเลือด รวมทั้งมีผลต่อการฟื้นฟูหายจากโรค โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก) ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญต่อ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งผลในด้านการฟื้นฟูหายจากโรคและยังเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้อีกทางหนึ่ง

3.4.2 ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของสมอง (Cognitive function) ซึ่งเกิดขึ้นหลายด้านพร้อมกันอย่างช้าแต่เกิดขึ้นอย่างถาวร ผู้ป่วยจะมีความคิดและความจำบกพร่อง หลงลืม มีปัญหาในการพูดและการตัดสินใจ ผู้ป่วยจึงสูญเสียความสามารถในการเข้าสังคม การประกอบอาชีพ และการดูแลตนเองหรือการใช้ชีวิตของบุคคลนั้น (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ และ วินัย คะห์ลัน, 2547; ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองชรา (Brain aging) และสมองเสื่อม ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น การมีญาติสายตรงเป็นโรคอัลไซเมอร์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม เช่น การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีการทำหน้าที่ของสมองที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำ สภาพของหลอดเลือดสมองที่ตีบและภาวะสมองขาดเลือดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้ามีส่วนทำให้สมองทำงานลดลง และฮอร์โมนเพศหญิง (Estrogen) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ น้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน และสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามินอีจะช่วยชะลอการดำเนินโรคอัลไซเมอร์ได้ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ และ วินัย คะห์ลัน, 2547) ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 50-60 พบเป็นผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ และร้อยละ 10-15 พบเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือด และร้อยละ 13.2 มีสาเหตุจากพิษของยาและสุรา (Davies, 1999 อ้างถึงใน ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากๆ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ และ วินัย คะห์ลัน, 2547; ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547)

การคาดประมาณความชุกของประเทศไทย พบว่าภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ จากในปี พ.ศ. 2548 พบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 229,000 คน และในอีก 20 ปี จะมี 450,000 คน และ อีก 50 ปี จะพบเป็น 1 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

การคัดกรองภาวะสมองของผู้สูงอายุในชุมชน ในปี พ.ศ. 2546-2547 พบว่า เพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชาย และมีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ คือ ในกลุ่มอายุ 80-85 ปี และ 85 ปี ขึ้นไป พบได้ ร้อยละ 60.0 และ 77.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า ภาคใต้มีจำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.9 และ 31.3 ตามลำดับ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธุ์, 2549)

การศึกษาในปี พ.ศ. 2551 พบผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 4.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.5 ผู้สูงอายุวัยปลายมีความเสี่ยงที่จะเกิดสมองเสื่อม 4.2 เท่า

ของผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าแยก มีความเสี่ยงที่จะเกิดสมองเสื่อม 1.8 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีความเสี่ยงที่จะเกิดสมองเสื่อม 2.4 เท่าของผู้สูงอายุที่ทำงาน (บุญชัย นวมงคลวัฒนา, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ เกษราภรณ์ เคนบุปผา, 2551)

การศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 10.3 ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 พบภาวะสมองเสื่อมร่วมกับภาวะซึมเศร้าคิดเป็น 2.3 (วันเพ็ญ เชาว์เชิง และ กรเกษตร พรหมดี, 2544)

ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทั้งด้านความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน อีกทั้งยังก่อให้เกิดภาระต่อญาติผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและการทำงานของผู้ดูแล และยังเป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2552ง) ดังนั้นในการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ป้องกันและลดปัญหาภาวะทุพพลภาพและพึ่งพาในผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

3.5 ภาพสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ (Social Health in Older Persons)

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมพบว่าบทบาททางด้านสังคมในวัยผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงในระยะออกจากสังคม คือ เกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม สูญเสียการสมาคมกับกลุ่มเพื่อน สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) การที่ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมลดลง ประกอบกับทัศนคติและมุมมองของคนในสังคมมีต่อผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพด้อยกว่า เชื่องช้า ปรับตัวไม่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์ (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545) การเปลี่ยนแปลงตามวัยร่วมกับการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและเกิดภาวะพึ่งพาตามมา ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระยะที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) และผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังมีการอยู่อาศัยในครอบครัวที่ลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 70.9 คือ มีบุคคลตั้งแต่ 2 รุ่นขึ้นไปคือ คู่สมรส บุตรหลานและญาติๆ เป็นต้น (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) และจากศึกษาในปี พ.ศ. 2549 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 94.5 อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 53.5 และผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 5.5 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข, 2549) และปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัวลดลง คือ ร้อยละ 92.3 และผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 7.7 (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทย ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลจากครอบครัวลดลง

สัมพันธภาพในครอบครัว และการที่มีผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับคนอื่นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีเพื่อนคลายเหงา มีอารมณ์ดีขึ้น และมีคนช่วยทำกิจกรรมที่ไม่สามารถปฏิบัติได้การอยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยายจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเกื้อกูลมากกว่าการอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมในยามว่าง เช่น การทำงานอดิเรก การเล่นเกม กีฬา คนตรี การเข้าชมรมต่างๆ รวมทั้งการท่องเที่ยว ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับคนอื่น ผู้สูงอายุจะมีความตื่นตัวอยู่เสมอ ร่างกายเกิดความท้าทาย เกิดการกระตุ้นเตือน เกิดการเปลี่ยนแนวคิดจิตใจไปในทางที่มีชีวิตชีวาขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้มีโอกาสสัมผัสเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (บรรลุ ศิริพานิช, 2549) ดังนั้นสัมพันธภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ลักษณะครอบครัว ทั้งในด้านเศรษฐกิจของครอบครัว การอพยพแรงงานในครอบครัว สัมพันธภาพ ความเชื่อค่านิยมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวล้วนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิชญกานต์ สกุลพานิช, 2545) ทั้งนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด (ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2547) และผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 71.1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมากถึงร้อยละ 53.2 โดยปัญหาที่สำคัญคือปัญหาด้านการเงิน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) ผู้สูงอายุชายจะได้รับการดูแลจากคู่สมรสมากที่สุด ผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะเป็นบุตร อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี และเป็นผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ร้อยละ 17.0 (อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ, 2547)

แหล่งสนับสนุนด้านการประกันสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิการการรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 97.7 ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลจะได้รับสวัสดิการดังกล่าวสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล และผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นกลุ่มที่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลสูงที่สุดคือ ร้อยละ 99.5 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุภาคใต้และภาคเหนือ ร้อยละ 98.2 และ 97.8 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

ในด้านบริการทางสังคม พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับสถานีนอนานัย และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัด

กระทรวงสาธารณสุข การเข้าถึงระบบบริการยังมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง (ชั้นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2552) การสนับสนุนทางสังคมและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์คือทำให้ผู้สูงอายุการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลลดลง (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545)

เห็นได้ว่าสุขภาพสังคมมีความสำคัญกับภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะที่ต้องการการพึ่งพาทางสังคม แม้ในยามปกติและเจ็บป่วย ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องพิจารณาในด้านลักษณะครอบครัว และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตสังคมต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

3.6 ภาพสุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual health in Older Persons)

ภาพสุขภาพทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว จะเกิดขึ้นเมื่อนุญช้หลุดพ้นจากความมีตัวตน ทำให้มีอิสรภาพ มีความปีติ และมีความสุขอันประณีตล้ำลึก ซึ่งเป็นภาวะที่มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม (ประเวศ วะสี, 2543) ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) ความสงบสุขและการยอมรับ (Acceptance and calmness) ความเคารพนับถือ (Respect) การพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependence) และความเบิกบาน (Enjoyment) ซึ่งความเป็นอยู่และวัฒนธรรมส่งผลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ชุพิน อังสุโรจน์ และ Ingersoll-Dayton, 2543)

ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามสถานการณ์และการรับรู้ต่อสถานการณ์ของบุคคล (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2547) การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความรู้สึกว่าชีวิตเข้าสู่ช่วงสุดท้ายหรือการเข้าใกล้ความตาย ทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสุขภาพจิตวิญญาณในการแสวงหาความหมายในชีวิตเพื่อที่จะทำให้ชีวิตมีความสมดุลระหว่างความท้อแท้ (Despair) และการบูรณาการของตัวตน (Ego integrity) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตัวตน การมองตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น การวางตนเองในโลกผ่านการมองตนเองภายในและการไตร่ตรองโดยเน้นมุมมองในด้านจิตวิญญาณชีวิต โดยบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุค้นพบความหมายของความสูงวัย การให้ความสำคัญกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งในชีวิต การตระหนักรู้ถึงการมีคุณค่า และมีศักยภาพในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นการประเมินในด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแลทราบถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ของผู้สูงอายุ และให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม (สุนน ปิ่นเจริญ, 2546)

4. การประเมินภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นคุณลักษณะที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง เพราะเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ เช่น กระบวนการพัฒนาที่สะสมมาตลอดชีวิต การให้คำนิยามลักษณะทางกายภาพ ซึ่งการแพทย์และทางสังคมของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเป็นมิติต่างหลาย (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์, 2549) ดังนั้นการประเมินภาพผู้สูงอายุจึงมีในหลากหลายด้าน ดังนี้

4.1 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดของสหประชาชาติ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์, 2549) ดังนี้

4.1.1 ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการแสดงบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน และใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ตนเองพอใจ โดยประเมินเกี่ยวกับ

4.1.1.1 สุขภาพกาย ประเมินใน 3 ด้าน คือ สุขภาพโดยรวม โรคและปัญหาสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

4.1.1.2 สุขภาพจิต ในเรื่องสมรรถภาพสมอง ภาวะความจำบกพร่องหรือสมองเสื่อมพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย รวมทั้งภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ

4.1.2 การดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีหรือพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การบริโภคอาหารอย่างเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินมาตรฐาน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงโรค การได้รับวัคซีนที่ก่อภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในสังคม

4.1.3 ความอยู่ดีมีสุขด้านจิตใจและสังคม หมายถึง ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม การมีครอบครัวที่อบอุ่น มีผู้ดูแลเมื่อจำเป็น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

4.1.4 หลักประกันทางเศรษฐกิจ การอยู่อาศัยในบ้านเรือนที่มีโครงสร้างแข็งแรง สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยจากอุบัติเหตุในครัวเรือน มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ

4.1.5 ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การได้อยู่อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในตนเองในด้านสภาพทางกาย ความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิต

4.2 การประเมินสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

The Australian Health Ministers Advisory Council [AHMAC] (2004) ได้กำหนดแนวทางในการประเมินผู้สูงอายุในโรงพยาบาลใน 4 ด้าน ดังนี้

1) การประเมินสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา (Medical health) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยตามระบบ ประวัติการใช้จ่าย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปากและฟัน การได้รับภูมิคุ้มกัน

2) การประเมินทางด้านร่างกาย (Physical health) ได้แก่ ประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานบาร์ธเอลเอ็ดแอล (Barthel ADL) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) การเคลื่อนไหวและการทรงตัว (Balance and Mobility)

3) Psychological health ได้แก่ การประเมินในเรื่อง การรับรู้ (Cognitive) และอารมณ์ (Mood)

4) การประเมินสุขภาพด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) ได้แก่ การประเมินในด้านการจัดการในการดำเนินชีวิต (Living arrangement) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ภาระผู้ดูแล (Carer burden) รายได้ (Financial circumstance) ระบบบริการและสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (Service and living environment)

เห็นได้ว่าการประเมินผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเน้นความเป็นองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงมีจุดเน้นที่ภาพสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา โดยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลและเครื่องมือที่เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับภาพสุขภาพผู้สูงอายุ พบมีความแตกต่างกันไปตามบริบทและเครื่องมือที่ศึกษา ซึ่งงานวิจัยนี้ขอนำเสนอในบางส่วน ดังต่อไปนี้

5.1 การศึกษาภาพรวมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ศึกษาและสำรวจถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ซึ่งเป็นการศึกษาภาพรวมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนระดับประเทศ โดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโรคที่เป็นปัญหาสำคัญต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยทั้ง 4 ภาค ประชากรที่ศึกษาครอบคลุมพื้นที่บริการ

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 19 เขต และกรุงเทพมหานคร รวม 20 จังหวัด กลุ่มตัวอย่าง เป็น ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 2,461 คน ระยะเวลาการศึกษา ธันวาคม 2548-กรกฎาคม 2549 เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม มีทั้งหมด 66 ข้อ ได้แก่ 1) ลักษณะข้อมูลทั่วไป 2) ภาวะสุขภาพ 56 ข้อ ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรม ประวัติการ เจ็บป่วยใน 6 เดือนที่ผ่านมาและการรักษา สถานบริการสุขภาพ ปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน จำนวนฟัน การรับประทานจำนวนมื้อในการทานอาหาร (อาหารหลัก 5 หมู่) ประวัติการหกล้ม (จำนวนและสถานที่) ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทดสอบการทรงตัวโดยการยืนขาเดียวข้างที่ถนัด/ไม่ หลับตาจับเวลาในผู้สูงอายุชาย 20 วินาที ผู้สูงอายุหญิง 10 วินาที (แปลผล 3 ระดับ ได้ ได้ลำบาก ไม่ได้) ปัญหาในการปัสสาวะและการขับถ่ายอุจจาระในรอบ 1 เดือน ในผู้สูงอายุหญิง สอบถามใน เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจมะเร็งปากมดลูก สอบถามปัญหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ การ ใช้ยาในผู้สูงอายุ จำนวนและชนิด แยกเป็นยาตามแพทย์สั่ง ซื้อกินเอง ยาแผนโบราณ อื่นๆ ประเมิน ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถ เชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง และการใช้โทรศัพท์ 3) ภาวะสุขภาพจิต (ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 4) พฤติกรรมสุขภาพ 5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมที่พัฒนาจิตใจและเชาว์ปัญญา การมีส่วนร่วมและ การตัดสินใจในครอบครัว การพบปะเยี่ยมเยียนญาติพี่น้อง ผู้ดูแลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย สมาชิกใน ครอบครัวที่ผู้สูงอายุต้องดูแลลักษณะสิ่งแวดล้อม (ที่อยู่อาศัยและทรัพย์สิน) ได้แก่ ลักษณะบ้าน ห้องนอน ที่นอน ลักษณะส้วม แหล่งน้ำที่ใช้ดื่ม ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 62.7 มีลักษณะที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมือง ร้อยละ 58.6 ผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองไม่ได้เรียนและไม่จบชั้นประถมศึกษามากกว่าในชุมชนเมือง ร้อยละ 62.2 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.3 อาศัยอยู่ กับครอบครัว ร้อยละ 94.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.5 กลุ่มอายุ 60-69 ปี ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 51.3 ผู้สูงอายุนอกชุมชนเมือง ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.3

ภาวะโภชนาการพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย เท่ากับ 22.62 เพศหญิง น้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 28.4 ผอม ร้อยละ 13.8 เพศชายน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 21.0 ผอม ร้อยละ 14.2

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าตนเองสุขภาพพอใช้มากที่สุด 41.8 สุขภาพดี ร้อยละ 30.5 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.7 สุขภาพดีมาก 36.6 สุขภาพไม่ดีมาก 2.5

ประวัติโรคและอาการเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปีในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีการตรวจวัดความดันโลหิตมากที่สุด ร้อยละ 64.7 ตรวจเบาหวาน ร้อยละ 49.3

ตรวจไขมันในเลือด ร้อยละ 21.5 ตรวจการมองเห็น ร้อยละ 19.1 ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี และอายุ 70-79 ปี มีสัดส่วนการตรวจสุขภาพจำนวนใกล้เคียงกัน

กลุ่มอาการ/โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก ร้อยละ 53.8 กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 36.5 กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 33.5 กลุ่มโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 8.4

กลุ่มอาการ/โรคของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยกันมาก คือ ปวดข้อ/ปวดเมื่อย ร้อยละ 43.9 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.3 ปวดหลัง ร้อยละ 27.2 เวียนศีรษะ ร้อยละ 19.4 และโรคทางสายตา ร้อยละ 18.2

การใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพแต่ไม่เคยเข้ารับการรักษา โดยนอนในโรงพยาบาล ร้อยละ 80 ใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 75.5 สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ ร้อยละ 11.5 และซื้อยากินเอง ร้อยละ 3.9 ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองใช้บริการ สถานพยาบาลที่มีแพทย์และซื้อยามากินเองมากที่สุด ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 4.4 ตามลำดับ ผู้สูงอายุใช้จ่ายตามแพทย์สั่งมากที่สุด ร้อยละ 52.6 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 7.8 ยาแผนโบราณ ร้อยละ 4.4 และใช้อื่นๆ ร้อยละ 1.4

ปัญหาการมองเห็นในผู้สูงอายุคือ มองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 36.6 มองใกล้/มองไกลไม่ชัด ร้อยละ 13.8 มองเห็นภาพซ้อน ร้อยละ 2.9 และมองไม่เห็น ร้อยละ 1.2 ส่วนการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 15.4 มีปัญหาโรคของหูชั้นในมากที่สุด ร้อยละ 11.8 และ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีปัญหาการได้ยินสูงที่สุด

ผู้สูงอายุไทยมีฟันที่ใช้งาน 20 ซี่ หรือมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 46.6 ผู้สูงอายุชายมีสุขภาพฟันดีกว่าหญิง และผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการหกล้ม ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุหกล้ม 1-2 ครั้ง ร้อยละ 10.5 ผู้สูงอายุหกล้ม 3-5 ครั้ง ร้อยละ 2.0 การหกล้มแต่ไม่ระบุนานครั้ง ร้อยละ 1.3 และหกล้มมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 0.3 ผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุหกล้มนอกบ้านมากที่สุด ร้อยละ 7.0 ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร หกล้มสูงสุด ร้อยละ 12.2 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหกล้ม ร้อยละ 12.1 ผู้สูงอายุวัยต้นทั้งเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีการทรงตัวได้ดี ผู้สูงอายุชุมชนที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมืองมีการทรงตัวโดยยืนไม่ได้สูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ร้อยละ 26.2

ผู้สูงอายุมีปัญหาปัสสาวะ โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยต้นทั้งเพศชายและเพศหญิง มีปัญหาการปัสสาวะกลางดึก ร้อยละ 56.3 ในผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 55.1 ในผู้สูงอายุเพศหญิง ปัสสาวะบ่อย มากที่สุด ปัสสาวะบ่อย ร้อยละ 44.3 ในผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 47.9 ในผู้สูงอายุ

เพศหญิง และเจ็บเวลาปัสสาวะ ร้อยละ 43.9 ในผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 44.9 ในผู้สูงอายุเพศหญิง ปัญหาการปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไม่พุ่ง พบในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางทั้งเพศชายและเพศหญิง ในผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 50.0 มีปัญหาเวลาปัสสาวะและปัสสาวะหยุดลำบาก ผู้สูงอายุเพศชายมี ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 55.6 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุวัยต้นเพศชาย ร้อยละ 60.0 มีปัญหาต้องเบ่งเพื่อที่จะเริ่มปัสสาวะ ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงจะพบปัญหานี้ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 66.7

การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุหญิงมีการตรวจมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่มากที่สุด ร้อยละ 66.3 ตรวจด้วยตนเอง ร้อยละ 32.4 ตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 28.9 การตรวจสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการตรวจสุขภาพทั้งการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และจากเจ้าหน้าที่รวมทั้งมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90.0 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้โดยอิสระในกิจกรรม มีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาทั้งหมดในเรื่องการอาบน้ำและการขึ้นลงเตียง ร้อยละ 1.6 การแต่งตัวหวีผม ล้างหน้าแปรงฟัน ร้อยละ 1.1 การใช้ห้องน้ำห้องสุขา ร้อยละ 1.2 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 0.7 การแต่งตัวการสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้อง ร้อยละ 1.0 การเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น ร้อยละ 2.8 การกลั้นอุจจาระ ร้อยละ 7.8 การกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 3.0 ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80.0 สามารถเลือกซื้ออาหาร สิ่งของเครื่องใช้ ประกอบอาหาร และจัดการเรื่องการเงินได้โดยอิสระ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.4 สามารถใช้บริการสาธารณะหรือเดินทางไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง และร้อยละ 46.7 ของผู้สูงอายุสามารถใช้โทรศัพท์ได้โดยอิสระ

สุขภาพจิต ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 87.0 และผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองมีภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบผู้สูงอายุภาคใต้มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าสูงสุด ร้อยละ 15.5 ภาคเหนือผู้สูงอายุมีภาวะรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่ามากที่สุด ร้อยละ 10.9

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุสูบบุหรี่ ร้อยละ 16.5 และผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.2 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่ผู้สูงอายุดื่มเป็นประจำ ผู้สูงอายุเพศชายดื่มสุรามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 50.0 ผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยวิธีการเดิน และบริหารร่างกาย ร้อยละ 19.5 กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ กิจกรรมด้านศาสนา ร้อยละ 79.5 ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 38.4 มีการเยี่ยมเยียนญาติมิตร ร้อยละ 28.3 และผู้สูงอายุมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 28.2 ผู้สูงอายุชายและหญิงมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมในสัดส่วนใกล้เคียงกัน

กิจกรรมที่เป็นการสร้างทักษะ จิตใจ สถิติปัญญาของผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ การดูโทรทัศน์ ร้อยละ 86.1 การฟังวิทยุ ร้อยละ 49.8 การอ่านหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 26.3 การอ่านหนังสือ ร้อยละ 9.4 และการท่องเที่ยว ร้อยละ 6.9 ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ทุกครั้ง ร้อยละ 53.8 มีผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลย ร้อยละ 13.5 ผู้สูงอายุเพศชายมีส่วนในการตัดสินใจทุกอย่างสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 61.6

ผู้ดูแลเมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตรสาว ร้อยละ 59.1 คู่สมรส ร้อยละ 40.2 บุตรชาย ร้อยละ 36.8 และได้รับการดูแลจากบุตรสะใภ้หรือบุตรเขย ร้อยละ 16.3 และร้อยละ 15.0 ตามลำดับ ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน/คนรู้จัก/เพื่อน พบว่าร้อยละ 12.0 และยังพบว่าผู้สูงอายุมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยด้วย โดยต้องดูแลผู้ป่วยในโรค 5 อันดับ คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 3.5 ปัญหาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 2.5 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.4 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 0.8 และโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 0.7

ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2552) ศึกษาถึงภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุเฉพาะแห่งและเป็นการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล และในบ้านพักผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน 1 แห่ง บ้านพักผู้สูงอายุ 1 แห่ง และผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 แห่งในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 308 คน บ้านพักผู้สูงอายุจำนวน 13 คน และผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 154 คนจาก 23 หอผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ในต่าง ๆ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านภาวะโภชนาการ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและอาการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถเชิงปฏิบัติพื้นฐานและความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพจิตและสภาพสมองของผู้สูงอายุ และการประเมินสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งในชุมชน ในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุมีภาพสุขภาพทั้งในลักษณะที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศหญิงในชุมชน ร้อยละ 58.1 ในโรงพยาบาล ร้อยละ 56.6 และในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุวัยต้น ในชุมชนพบร้อยละ 51.9 ในโรงพยาบาล ร้อยละ 51.3 และในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.2 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันคือ ผู้สูงอายุใน

ชุมชนและในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 และร้อยละ 64.3 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 69.2 ผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 69.5 และ 70.8 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.2 แต่เมื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลมีระดับความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 82.1 และ 78.6 ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุสามารถอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 53.8 ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในด้าน การงาน/อาชีพก่อนอายุ 60 ปี โดยจากจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนที่ให้ข้อมูล 156 คน พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือทำธุรกิจส่วนตัวรองลงมาคือทำการเกษตร ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 134 คนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ 13 คนส่วนใหญ่ทำงานบ้าน และปัจจุบันพบมากกว่าร้อยละ 50.0 ของผู้สูงอายุใน 3 แห่งที่ศึกษาไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80.0 ได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 53.8 ผู้สูงอายุในชุมชนในโรงพยาบาล และในบ้านพักผู้สูงอายุทำสวนเป็นงานอดิเรก ร้อยละ 27.6, 40.9 และ 30.8 ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 54.5 ของผู้สูงอายุในชุมชน และร้อยละ 76.9 ของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุยังเข้าร่วมกิจกรรมในองค์กร/ชุมชน ในขณะที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 47.4 ผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90.0 ไปใส่บาตร/เข้าโบสถ์ ในขณะที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบร้อยละ 49.4

ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลส่วนใหญ่พักอาศัยในบ้านที่มีลักษณะ 2 ชั้นและมีบันไดขึ้น ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในบ้านชั้นเดียว มากกว่าร้อยละ 70.0 ของผู้สูงอายุทั้ง 3 แห่งที่ศึกษามีห้องนอนที่ชั้นแรกที่บ้าน

สุขภาพกายทั่วไปของผู้สูงอายุ

- ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักมากกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุ คือ มีน้ำหนักเฉลี่ยที่ 59.0 (SD 11.5), 52.3 (SD 10.8) และ 45.6 (SD 12.5) กิโลกรัม ตามลำดับ น้ำหนักต่ำสุด 25.0 กิโลกรัม เป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และน้ำหนักสูงสุด 97.0 กิโลกรัมเป็นผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุทุกสถานที่ศึกษามีค่าส่วนสูงที่ 150-159 เซนติเมตร มีค่าความยาวมากกว่าค่าส่วนสูงในทุกกลุ่ม ผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาล และในบ้านพักผู้สูงอายุมีช่วงความยาวแขนเฉลี่ย 157.2-160.4 เซนติเมตร ผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาล และในบ้านพักผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.7, 20.9 และ 18.3 กิโลกรัม/เมตร² ตามลำดับ ภาวะอ้วนลงพุงของผู้สูงอายุในชุมชนทั้งเพศชายและหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 41.6 และ 41.9 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และในบ้านพักผู้สูงอายุ เพศหญิงมีภาวะ

อ้วนลงพุงใน คือ ร้อยละ 65.9 และ 66.7. ในขณะที่ภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 25.0 และ 50.0 ตามลำดับ

- สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในเกณฑ์ 60-100 ครั้งต่อนาที เป็น ผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90.0 และผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 85.2 อัตราการเต้นของสัญญาณชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที เป็นผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ใน บ้านพักผู้สูงอายุ และในชุมชน ร้อยละ 13.1, 7.7 และ 3.9 ตามลำดับ อัตราการเต้นของชีพจรที่ต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที พบในผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 0.6 และผู้สูงอายุในโรงพยาบาลร้อยละ 1.3 ลักษณะการเต้นของชีพจรเบา พบในผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 3.9 และผู้สูงอายุในโรงพยาบาลร้อยละ 1.3 จังหวะการเต้นของชีพจรที่ไม่สม่ำเสมอพบในผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 1.9 และผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 0.6 ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุทุกคนมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกที่ 90-140 มิลลิเมตรปรอท และพบได้มากกว่าร้อยละ 80.0 ในผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลค่าความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้สูงอายุในชุมชนพบร้อยละ 19.8 และผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 12.4 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท พบเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 1.3 ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท พบในโรงพยาบาล ในบ้านพักผู้สูงอายุ และในผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 44.4, 23.1 และ 3.6 ตามลำดับ ระดับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้สูงอายุในชุมชน และในโรงพยาบาลเท่ากัน ร้อยละ 4.6

- ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล และในชุมชนมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัดเจนตามัว ร้อยละ 69.2, 53.9 และ 42.9 ตามลำดับ และผู้สูงอายุมีปัญหา มองไม่เห็น ร้อยละ 7.7, 0.6 และ 1.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล และในชุมชนมีปัญหาการได้ยินไม่ชัดเจน ร้อยละ 38.5, 24.7 และ 12.0 ตามลำดับ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาหูหนวกหรือไม่ได้ยินพบเฉพาะในชุมชน ร้อยละ 0.6

- ข้อมูลการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และเครื่องช่วยเหลืพบในผู้สูงอายุทุกสถานศึกษา โดยพบมากกว่าร้อยละ 65.0 การใช้แว่นตาพบมากในผู้สูงอายุทุกสถานศึกษาและเป็น ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 59.3, 49.0 และ 30.8 การใช้ ฟันปลอมของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุพบร้อยละ 35.2, 24.7 และ 23.1 ตามลำดับ

- ผู้สูงอายุร้อยละ 28.6 - 38.5 มีประวัติการแพ้ โดยส่วนใหญ่เป็นประวัติการแพ้ยา ซึ่งพบในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.9, 60.8 และ 23.1 ตามลำดับ

- การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ต่างกันคือ ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในเชิงบวกสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาล การรับรู้ภาวะสุขภาพในเชิงลบพบในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุ คือ ร้อยละ 29.9 รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพแย่มาก และร้อยละ 8.4 รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพแย่มาก การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น พบว่าผู้สูงอายุทั้งในบ้านพักผู้สูงอายุและในชุมชนมากกว่าร้อยละ 50.0 มีการรับรู้ระดับสุขภาพของตนเองว่าดีกว่าบุคคลอื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบเพียงร้อยละ 31.8

- โรคและการเจ็บป่วยผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในบ้านพักและในชุมชน ผู้สูงอายุมีประวัติเคยเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 94.2, 84.7 และ 68.5 ตามลำดับโดยจำนวนครั้งของการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุเฉลี่ยที่จำนวน 2 ครั้ง ในขณะที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีครั้งการเข้าอยู่รักษาเฉลี่ย ที่ 3 ครั้ง

- ประวัติการผ่าตัด ผู้สูงอายุในทุกสถานศึกษามากกว่าร้อยละ 50 เคยมีประวัติการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบสูงถึงร้อยละ 71.4 ผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุเคยได้รับการฉีควัคซีนในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 18.8, 9.7 และ 7.7 ตามลำดับ

- ผู้สูงอายุในทุกสถานศึกษา พบมากกว่าร้อยละ 60.0มีการใช้ยาเป็นประจำ และมีปริมาณยาที่ใช้ต่อวัน 3-4 เม็ด มากกว่าร้อยละ 50.0 ของผู้สูงอายุในทุกสถานศึกษาใช้ยาตามแพทย์สั่ง และมีผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและในชุมชน ร้อยละ 39-45 ใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่ง

- ประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/อาการผิดปกติภายใน 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยอาการปวดเป็นอันดับแรกในทุกกลุ่มโดยพบอาการปวดมากกว่าร้อยละ 50.0 ในผู้สูงอายุทุกสถานศึกษา ผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุ มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันใน 5 อันดับแรกคล้ายคลึงกัน คือ นอนไม่หลับ หายใจลำบาก คิดขัด ไอ ไข้ และผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาที่พบมากต่างจากบ้านพักผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุมีวงเวียนศีรษะ/เป็นลม เบื่ออาหารท้องอืด ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีปัญหาท้องร่วง และผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน คือ น้ำตาไหล ร้อยละ 50.0 อ่อนแรงเดินไม่ได้ ร้อยละ 43.8 มีไข้ และเบื่ออาหาร/ท้องอืด ร้อยละ 43.2 เมื่อยล้าอ่อนเพลียง่ายเวลาทำกิจกรรม ร้อยละ 39.7

- ผู้สูงอายุในทุกสถานศึกษามีโรคเรื้อรัง ใน 2 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง พบถึงร้อยละ 30-45 และโรคข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ ร้อยละ 28-38 และโรค ต้อกระจก ร้อยละ 15-18 สมอเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม ร้อยละ 15-23 ผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 23-27 ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังที่พบต่างไปจากสถานศึกษาอื่น



คือ อัมพาตโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 23.1 โรคผิวหนัง ร้อยละ 15.4 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพบเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 28.6 โรคกระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 22.1

- การวินิจฉัยโรค/ปัญหาของผู้สูงอายุขณะเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีการวินิจฉัยโรค อยู่ระหว่าง 1-6 โรค ได้แก่ โรคมะเร็ง ร้อยละ 17.0 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10.5 โรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 9.5 และโรคไต ร้อยละ 9.2

- ปัญหาสำคัญ (ภายใน 6 เดือน) ผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาสำคัญ คือ การสูญเสียความจำ ร้อยละ 63.0 การมองเห็น ร้อยละ 52.9 การนอนหลับ ร้อยละ 40.9 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 39.3 การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 38.0 การนอนกรน ร้อยละ 35.4 ท้องผูก ร้อยละ 29.2 หกล้ม มีปัญหาการเคลื่อนที่ ร้อยละ 22.1 ปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 16.2 ไม่สามารถกลืนอาหารได้ หรืออาหารระคาย ร้อยละ 3.2 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้แก่ การนอนหลับ ร้อยละ 57.1 การมองเห็น ร้อยละ 53.9 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 50.6 การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 50.6 ท้องผูก ร้อยละ 49.4 สูญเสียความจำ ร้อยละ 46.1 เรื่องการเคลื่อนที่ ร้อยละ 37.7 เรื่องการนอนกรน ร้อยละ 29.9 การได้ยิน ร้อยละ 21.4 การหกล้ม ร้อยละ 19.5 และปัญหาไม่สามารถกลืนอาหารได้ ร้อยละ 12.3 และผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ การมองเห็นและการสูญเสียความจำเท่ากัน คือ ร้อยละ 69.2 ปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ ร้อยละ 53.8 การนอนหลับ ร้อยละ 38.5 ปัญหาการหกล้ม และการรับประทานอาหารเท่ากัน ร้อยละ 30.8 ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูกและปัญหาการได้ยินเท่ากัน ร้อยละ 23.1 เรื่องการนอนกรน ร้อยละ 7.7

- อุบัติเหตุ/หกล้ม ประวัติการหกล้ม (ภายใน 6 เดือน) ผู้สูงอายุในชุมชนพบได้ ร้อยละ 21.8 สถานที่เกิดเหตุทั้งในและนอกบ้านใกล้เคียงกัน ร้อยละ 10.4 และ 11.4 ตามลำดับ ช่วงเวลาในการเกิดเหตุพบในเวลากลางวันถึงร้อยละ 19.8 จำนวนครั้งของการหกล้มเฉลี่ยที่ 2 ครั้งใน 6 เดือน ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีประวัติการหกล้ม ร้อยละ 19.5 ส่วนใหญ่พบมีจำนวนการหกล้ม 2 ครั้ง สถานที่หกล้ม พบเป็นการหกล้มในบ้าน ร้อยละ 14.3 และหกล้มในช่วงเวลากลางวัน ร้อยละ 15.6 ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีประวัติการหกล้ม ร้อยละ 30.8 สถานที่เกิดเหตุทั้งในและนอกบ้านเท่ากัน ร้อยละ 15.4 ช่วงเวลาในการเกิดเหตุเป็นช่วงเวลากลางวันถึงร้อยละ 23.1 จำนวนครั้งของการหกล้มเฉลี่ยที่ 2 ครั้งใน 6 เดือน

- พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) ผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ ดังนี้ การได้รับอาหารเพียงพอ ร้อยละ 75.3, 63.6 และ 76.9 ตามลำดับ การรับประทานผักผลไม้สม่ำเสมอของผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 74.0, 62.3 และ 61.5

ตามลำดับ การรับประทานอาหารเสริมผู้สูงอายุทั้งในชุมชน ในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุ รับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ ร้อยละ 36.1, 40.3 และ 53.8 ผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายสม่ำเสมอพบเป็นผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 36.4 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 25.3 และผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.4 พฤติกรรมการออกกำลังกายพบผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาล และในบ้านพักผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 55.8, 41.6 และ 61.5 ตามลำดับ

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งการปฏิบัติเป็นครั้งคราวและปฏิบัติเป็นประจำ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชน ในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 19.5, 13.6 และ 7.7 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเกือบหมาก ร้อยละ 14.4, 12.3 และ 7.7 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในชุมชนดื่มสุราบางครั้ง ร้อยละ 13.6 ดื่มสุราประจำ ร้อยละ 5.2 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลดื่มสุราบางครั้ง ร้อยละ 11.0 ดื่มสุราประจำ ร้อยละ 4.5 ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุดื่มสุราบางครั้ง ร้อยละ 15.4 และไม่พบผู้สูงอายุที่ดื่มสุราประจำ

ความสามารถเชิงปฏิบัติ

- ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยอิสระสูงกว่าผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุและผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโดยมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยตามลำดับ เท่ากับ 19.0, 17.7 และ 11.4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยผู้สูงอายุในชุมชน ในบ้านพักผู้สูงอายุ และในโรงพยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยอิสระ ร้อยละ 98.4, 84.7 และ 49.4 ตามลำดับ

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุในชุมชนไม่สามารถทำได้หรือต้องพึ่งพาเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ร้อยละ 19.5 การจับถ่ายปัสสาวะ/ก้นปัสสาวะ ร้อยละ 2.3 การทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 1.9 การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระและการอาบน้ำเท่ากัน ร้อยละ 1.6 การเคลื่อนที่ภายในห้อง การใช้ห้องน้ำห้องสุขาเท่ากัน ร้อยละ 1.3 การแต่งกายร้อยละ 1.0 ตามลำดับ

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลไม่สามารถทำได้หรือต้องพึ่งพาเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ร้อยละ 72.1 การอาบน้ำ ร้อยละ 58.4 การใช้ห้องสุขาและการเคลื่อนที่ภายในห้องเท่ากัน ร้อยละ 39.6 การทำความสะอาดร่างกาย ร้อยละ 32.5 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 27.9 การแต่งกายและการเคลื่อนย้ายโดยถูกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้เท่ากัน ร้อยละ 26.6 การจับถ่ายปัสสาวะ/ก้นปัสสาวะ ร้อยละ 24.7 การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 22.1

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้หรือต้องพึ่งพาเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ การใช้ห้องสุขา ร้อยละ 30.8 การขึ้นลงบันได 1 ชั้นการแต่งกายและการอาบน้ำ

เท่ากัน ร้อยละ 15.4 และร้อยละ 7.7 ของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาในเรื่อง การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนย้ายโดยลูกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในห้อง การขับถ่ายปัสสาวะ/กลั้นปัสสาวะ

- ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่าผู้สูงอายุในผู้สูงอายุในชุมชน มีความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยอิสระในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุและในโรงพยาบาล ตามลำดับ ได้แก่ กิจกรรมต่างๆ ดังนี้ การเดินออกนอกบ้าน ร้อยละ 94.2, 61.5 และ 44.2 การแลกเงิน/การทอนเงิน ร้อยละ 83.1, 38.5 และ 31.8 การทำงานบ้าน ที่หนัก ร้อยละ 78.2, 53.8 และ 20.8 การเตรียมอาหาร ร้อยละ 76.6, 23.1 และ 19.5 การใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว ร้อยละ 56.5, 23.1 และ 15.6 ตามลำดับ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

- ภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุในทุกสถานศึกษามีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยที่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีสัดส่วนค่าคะแนนในภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุและในชุมชน คือ ภาวะซึมเศร้ารวมในทุกระดับร้อยละ 42.1 โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 31.1 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 7.7 และภาวะซึมเศร้ามากหรือรุนแรง ร้อยละ 3.4 ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้ารวมในทุกระดับ ร้อยละ 25.0 โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 16.7 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.3 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามากหรือรุนแรง และผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะซึมเศร้ารวมในทุกระดับ ร้อยละ 21.1 โดยจำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 13.3 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 7.2 และภาวะซึมเศร้ามากหรือรุนแรง ร้อยละ 0.6

- สภาพสมอง ผู้สูงอายุในทุกสถานศึกษาส่วนใหญ่มีค่าคะแนนสภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล และในชุมชน ร้อยละ 40.0, 30.9 และ 12.8 ตามลำดับ

สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

- ด้านครอบครัวและสัมพันธภาพ พบว่า คู่สมรสของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 64.9 ยังมีชีวิตอยู่ ในขณะที่คู่สมรสของผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเสียชีวิต การประกอบอาชีพของคู่สมรสส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คู่สมรสของผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่พบว่าส่วนใหญ่ทำงานบ้านโดยพบร้อยละ 27.9 ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ทราบข้อมูล สถานสุขภาพของคู่สมรสผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และคู่สมรสของผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง สถานภาพการมีบุตร ผู้สูงอายุในชุมชนและโรงพยาบาลมีบุตรที่ยังมีชีวิตมากกว่าร้อยละ 95.0 และผู้สูงอายุใน

บ้านพักผู้สูงอายุมีบุตรที่ยังมีชีวิต ร้อยละ 61.6 โดยผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีจำนวนบุตรมีชีวิตเฉลี่ยจำนวน 4-5 คน ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุ คือมีจำนวนบุตรมีชีวิตเฉลี่ยจำนวน 3-4 คน และ 1-2 คน ตามลำดับ ผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลมีจำนวนคนในครอบครัวส่วนใหญ่ 4-5 คน และมีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระดับปานกลางกับเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุในบ้านพัก และผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับผู้สูงอายุในบ้านพักด้วยกันพบร้อยละ 23.1

- แหล่งสนับสนุนด้านการเงินและการประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล มีแหล่งสนับสนุนทางการเงินจากบุตร ร้อยละ 67.5 คู่สมรส ร้อยละ 14.3 ตนเอง ร้อยละ 6.5 และหลาน ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 30.8 ยังได้รับเงินสนับสนุนจากบุตร และร้อยละ 15.4 ใ้รับจากหน่วยงาน เจ้าหน้าที่และการบริจาค

ในด้านการประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ในชุมชนส่วนใหญ่มีบัตรทอง ร้อยละ 65.6 รองลงมาก็คือ บัตรสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 31.2 ผู้สูงอายุในบ้านพักบ้านพักผู้สูงอายุมีบัตรทอง ร้อยละ 61.5 รองลงมาก็คือ ไม่มีสิทธิบัตรใดๆ ร้อยละ 23.1 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีบัตรสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 52.6 รองลงมาก็คือ สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 43.5 ในด้านการจัดการค่ารักษาพยาบาลและการได้รับคำแนะนำด้านการเงินพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มที่ศึกษาไม่ได้มีการจัดการด้านค่ารักษาพยาบาล ไม่ได้รับคำแนะนำด้านการเงินและไม่มีความกังวลด้านการเงิน แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีความกังวลด้านการเงินในสัดส่วนที่สูงคือ ร้อยละ 34.1, 33.1 และ 30.8 ของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ตามลำดับ

- แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแลคือ ร้อยละ 75.0 และ 79.9 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุจะเป็นเจ้าหน้าที่ในบ้านพักคือ ร้อยละ 84.6 และมีบุตรดูแล ร้อยละ 7.7 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลซึ่งพบทั้งในบ้านพักผู้สูงอายุ ในชุมชน และในโรงพยาบาล ร้อยละ 7.7, 2.6 และ 1.3 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 63.3 และ 54.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.8 ดูแลบ้านร่วมกับบุคคลอื่น รองลงมาก็คือ มีบุคคลอื่นดูแล ร้อยละ 29.5 และผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลบ้านด้วยตนเอง ร้อยละ 25.6 ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีบุคคลอื่นเป็นผู้ดูแลบ้าน ร้อยละ 62.3 ผู้สูงอายุดูแลบ้านร่วมกับบุคคลอื่น ร้อยละ 31.2 และผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 6.5 ที่มีหน้าที่ดูแลบ้านด้วยตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.5 มีส่วนร่วมในการดูแลทำความสะอาดบ้านพัก

- แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีบุคคลที่ไว้วางใจ มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจ มีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวล และมีบุคคลมาเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย บุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาคือ คู่สมรส ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพัก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลที่ไว้วางใจได้ และไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวล ร้อยละ 61.5 ไม่มีบุคคลช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจและไม่มีผู้มาเยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 46.2 ในขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนไม่มีบุคคลที่ไว้วางใจได้ ไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวล ร้อยละ 9.7 และ 10.1 ผู้สูงอายุไม่มีบุคคลช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจและไม่มีผู้มาเยี่ยมเยียนเมื่อเจ็บป่วยเท่ากัน ร้อยละ 12.7 และผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 3.9 ไม่มีบุคคลที่ไว้วางใจได้ ร้อยละ 5.8 ไม่มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจ ร้อยละ 9.7 ไม่มีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวล และร้อยละ 3.9 ไม่มีบุคคลที่มาเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย

Si Ting (2008) ศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในเมืองหนานหนิง เขตมณฑลกว่างซี ประเทศจีน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่ออธิบายภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในเมืองหนานหนิง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 351 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และเครื่องมือมาตรฐาน ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลลักษณะประชากร 2) ข้อมูลสุขภาพด้านร่างกาย รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคและอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง 4) สุขภาพจิต ประกอบด้วยความสามารถในการรู้คิด และอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.6 มีประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 74.4 เคยได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 24.2 กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการปวด ร้อยละ 20.8 อารมณ์เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 12.3 อ่อนเพลียและเหนื่อยล้า ร้อยละ 10.3 วิงเวียน ร้อยละ 10.0 โรคที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.4 หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 29.6 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 24.5 ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการเคลื่อนไหว ร้อยละ 34.8 กลืนปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 24.8 หงุดหงิด ร้อยละ 23.9 กลืนอาหารไม่ได้ ร้อยละ 23.4 ปัญหาทางสายตา ร้อยละ 20.8 ในด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย คือร้อยละ 5.4 ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 6.6 ออกกำลังกาย ร้อยละ 21.7 การทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยการประเมินภาวะพึ่งพา พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.5 มีภาวะพึ่งพาในระดับน้อย ร้อยละ 34.2 มีภาวะพึ่งพาในระดับมาก โดยมีผลกระทบในการทำกิจวัตรประจำวันมากในด้านการเงิน ร้อยละ 16.8 การ

เตรียมอาหาร ร้อยละ 14.2 การซักผ้า ร้อยละ 13.7 การประเมินในด้านจิตใจพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.7 อยู่ในเกณฑ์มีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุร้อยละ 15.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และ ผู้สูงอายุร้อยละ 4.8 มีภาวะซึมเศร้ามาก

5.2 งานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งของสุขภาพผู้สูงอายุ มีดังนี้

คนัย ชีวันดา และ มลลิตา แสนใจ (2545) ศึกษาบทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านสุขภาพ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และนครพนม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คัดแปลงจากแนวทางการสัมภาษณ์บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ของอัจฉรา เอ็นซ์ และปริยารุ่งโสภาสกุล พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.0 มีโรคประจำตัว โดยพบมากที่สุด คือ โรคปวดข้อ ร้อยละ 36.5 โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 10.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.3 การประเมินสุขภาพของตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 48.7 มีสุขภาพอ่อนแอ ร้อยละ 51.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 90.0 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ร้อยละ 28.1 สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.7 ทำงานอยู่ รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 61.6 ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนต้องการอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไป บุคคลที่อยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุด คือ บุตร ร้อยละ 78.7 บทบาทผู้ดูแล ร้อยละ 40.0 คือ พาไปพบแพทย์ ร้อยละ 39.4 ช่วยในการหุงหาอาหาร และร้อยละ 34.8 ช่วยในการซื้อหาของใช้ต่างๆ บทบาทการดูแลด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ 86.1 ทำหน้าที่เป็นเพื่อนคุย ร้อยละ 25.2 พาไปวัด ร้อยละ 15.2 พาไปพบปะเพื่อนฝูง ปัญหาผู้ดูแล ร้อยละ 61.6 ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้อื่นอีกนอกเหนือจากผู้สูงอายุ ร้อยละ 51.3 มีปัญหาค่าใช้จ่าย และร้อยละ 21.9 มีปัญหาเรื่องเวลาความต้องการของผู้ดูแล คือ การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 51.3 ทราบแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 45.5

วันเพ็ญ เพ็ญศิริ และคณะ (2548) ศึกษาเรื่อง สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น พบว่า สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.6) การเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบอาการระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ปวดคอ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ โดยร้อยละ 77.0 มีอาการเล็กน้อย และร้อยละ 11.1 มีอาการมาก รองลงมา คือ อาการในระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก ท้องอืด แน่นท้อง ท้องเสีย ปวดท้อง พบว่าร้อยละ

66.2 มีอาการเพียงเล็กน้อย และร้อยละ 8.6 มีอาการมาก โรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยปัจจุบัน พบอาการในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 66.6 โรคเกี่ยวกับตา ร้อยละ 43.9 ภาวะสุขภาพที่มีอาการรุนแรง คือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8.7 โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 8.1 การใช้สารเสพติด ผู้สูงอายุตอบใช้บ่อยในเรื่อง ยาชุดแก้ปวดเมื่อย/คลายเส้น ร้อยละ 26.7 รองลงมาได้แก่ เคี้ยวหมากและดื่มสุรา ร้อยละ 9.1 และ 6.8 ตามลำดับ ใช้เป็นประจำ ได้แก่ เคี้ยวหมาก สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.6 และ 3.4 ด้านจิตใจ อาการที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมีอาการดีใจเพราะประสบความสำเร็จบางอย่าง ร้อยละ 90.5 อาการรองลงมาคือ รู้สึกว่าเหงา รู้สึกถูกกีดกันจากบุคคลอื่น ร้อยละ 86.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การปฏิบัติด้านสุขนิสัยประจำวัน การจัดการกับความเครียด (ค่าเฉลี่ย 2.6, 2.5, 2.5 ตามลำดับ) และในเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.3) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีค่าเฉลี่ย 2.5 การได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย โดยการช่วยเหลือจากผู้ดูแลอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.5)

วันเพ็ญ เชาว์เชิง และ กรเศศ พรหมดี (2544) ศึกษาอัตราความชุกของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์บุคคลทั่วไป 22 ข้อ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) แบบสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาโดย อรพรรณ ทองแดง และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ศิริราชพยาบาล แบบสำรวจสุขภาพทั่วไป (Short - Form - 36 Health Survey: SF - 36) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะของสมองเสื่อม ร้อยละ 10.3 ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 พบภาวะสมองเสื่อมร่วมกับภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ปัจจัยด้านประชากร คือ เขตที่ตั้ง เพศ อายุ ความสามารถในการอ่าน การศึกษา การมีงานทำ ส่วนปัจจัยทางจิตสังคม คือ การร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษา ปัจจัยทางชีวภาพ คือ การใช้สุรา การใช้บุหรี่ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ความสามารถในการอ่าน เขียน มีโรคประจำตัว คือ โรคตับ อายุ ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านการเจ็บปวดร่างกาย

อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ (2542) ศึกษาโดยการสำรวจภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในกรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ประจำในบ้านพักผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่แบบไปกลับ โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพ (Thai GHQ - 12) พบว่า ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 37.6 ซึ่งพบว่า ไม่มีพบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่แบบประจำและผู้สูงอายุที่อยู่แบบไปกลับ แต่

พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการแบบอยู่ประจำที่มีจำนวนปีของการพักอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุต่างกันจะมีอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นของ สมพร (2541) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล ฉบับที่ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ทศนีย์ (2537) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.8 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พบว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 61.7 โดยพบว่าร้อยละ 37.5 อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 21.7 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 2.5 อยู่ในระดับรุนแรง 2 จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล การมีสัมพันธ์ทางลบกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 36.0 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21.0 ในขณะที่การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การมีสัมพันธ์ทางลบกับครอบครัว และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 6.3, 6.0 และ 3.0 ตามลำดับ

ศิริรัตน์ วิชิตรตระกูลถาวร (2545) ศึกษาถึงความหวัง ภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า คะแนนความหวังและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ในขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางค่อนข้างสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4, p < .01$) และยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .6, p < .01$)

เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีภาพสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละสถานที่ในการศึกษาและมีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเอง และ การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนมากเน้นที่ภาพสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การศึกษาในบ้านพักผู้สูงอายุและในโรงพยาบาลยังมีจำนวนน้อย และเป็นการแยกศึกษาในด้านใดเพียงด้านหนึ่ง ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครอบคลุมภาพสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่พบว่าโรงพยาบาลชุมชนน่าจะเป็นสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุเข้าอยู่รับการรักษามากที่สุด ดังนั้นเพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานที่ต่างๆ ผู้วิจัยจึง

ศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุในมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เท่านั้น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นชุดข้อมูลสุขภาพขนาดเล็กของผู้สูงอายุ (Minimum data set) ที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนจัดระบบบริการผู้สูงอายุที่เหมาะสมและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้

