

การประเมินสถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Software Care Plan
The Health Situation Assessment of the Dependent Elderly People
by the Software Care Plan

นางบุษบา พงษ์บุปผา, ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล

Busaba Pangbubpha, Chonlatit Urairoekkun

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Health Promotion Center Region 5, Ratchaburi

Corresponding author, E-mail: yaisai1234@hotmail.com, chonlatit_u@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน Software Care Plan ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ กับภาวะพึ่งพิง ตามเกณฑ์ Barthel ADL index (ADL) และภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ Topology of Aged Illustration (TAI) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลเศรษฐกิจ สังคม และภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ได้จากฐานข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager: CM) ของเขตสุขภาพที่ 5 ได้ทำการบันทึกใน Software Care Plan ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ระหว่างปี 2559 – 2560 จำนวน 640 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 และเพศชายร้อยละ 35.2 จำแนกเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 60 – 69 ปี (ร้อยละ 20.9) กลุ่มอายุ 70 – 79 ปี (ร้อยละ 31.6) กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี (ร้อยละ 47.5) ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา ร้อยละ 97.1 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 98.7 รายได้ส่วนใหญ่จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.0) กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน มีร้อยละ 53.8 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 96.2 โสด ร้อยละ 11.1 สมรส ร้อยละ 38.4 หม้าย/แยก/หย่า ร้อยละ 50.5 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 3.0 จำแนกได้เป็น โสดอยู่คนเดียว (ร้อยละ 1.5) หม้ายอยู่คนเดียว (ร้อยละ 1.3) หย่าแยกอยู่คนเดียว (ร้อยละ 0.2) มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.3 โดยโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36.3) หลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 26.8) เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 15.2) เบาหวาน (ร้อยละ 6.8) และกระดูกหัก (ร้อยละ 2.5)

การประเมินภาวะพึ่งพิงด้วยวิธี Barthel ADL index: (ADL) พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL 0 – 11) จำนวน 640 ราย จำแนกออกเป็นกลุ่มติดเตียง (ADL 0 – 4) ร้อยละ 50.5 กลุ่มติดบ้าน (ADL 5 – 11) ร้อยละ 49.5 และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีผลการประเมินด้วย TAI ครบถ้วนจำนวน 339 ราย จำแนกภาวะพึ่งพิงเป็น ผู้สูงอายุ กลุ่ม I คือกลุ่มที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว พบร้อยละ 79.9 กลุ่ม C คือ กลุ่มที่มีปัญหาเรื่องสับสน มีร้อยละ 10.1 และกลุ่ม B คือ กลุ่ม Border หมายถึงกลุ่มที่มี

ปัญหาต้องช่วยเหลือด้านการใช้ห้องสุขา (Toileting) และการรับประทานอาหาร (Eating) ร้อยละ 10.0

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนตัวแปร อายุ เพศ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ TAI แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL และ TAI มีความแตกต่างกันบางประเด็น โดย ADL นั้นครอบคลุมเฉพาะสุขภาพกาย ส่วน TAI นั้นครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและจิต สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นิยาม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL น้อยกว่า 12 คะแนน และจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถ้าใช้นิยามตามนี้ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านความจำ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างมาก และมักพบบ่อยว่าเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ อาจจะไม่จัดเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิงตามนิยามนี้ ดังนั้นการให้นิยามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงควรพิจารณาให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้ทั้งเกณฑ์ ADL และ TAI มากำหนดค่าจำกัดความ และควรจัดสรรงบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมทุกสิทธิ ไม่ใช่เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ภาวะสุขภาพ, ภาวะพึ่งพิง, ADL, TAI

Abstract

This survey research aimed to assess the health situations of dependent elderly people (collected by Care Plan Software) and to study the relationship between sex, age, education, income, and dependent status of according to Barthel ADL index (ADL) and Topology of Aged Illustration (TAI). The data of demography, socio-economy and dependent status of dependent elderly people were collected by the region 5th care manager (CM) during the year 2016 – 2017. Total cases of the study were 640 cases. The data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation and Chi -Square Test.

Most of the dependent elderly people were female, including 64.8% of female and 35.2% of male. Classified by age group, it was 60-69 years (20.9%), 70-79 years (31.6 %), ≥80 years (47.5 %). 97.1% of the elderly were unlettered/primary school, 98.7% were unemployed, 65.0% were income per month from living allowance, 53.8% had monthly incomes ≤1,000 baht, and 96.6% had the national health security. Their marital status was classified as follows; single 11.1%, married 38.4%, widowed/separated/divorced 50.5%, and being alone 3.0%, 76.3% of them had underlying diseases which the top 5 of them were hypertension: HT (36.3%), Diabetes mellitus : DM (6.8), HT&DM (15.2%), CVA (26.8%) and bones fracture (2.5%) .

For the assessment of the dependent status of 640 dependent elderly people, classified by Barthel ADL index (ADL), it was found that 50.5% were Bedridden (ADL 0-4) and 49.5% were unable to leave home (ADL 5-11). When 339 cases were classified by TAI, it was found that 79.9% were immobilized, 10.1% were confused, and 10.0% were in the border group.

The dependent status classified by ADL had significant relationship with income but age, sex, education had not significance. Dependent status classified by TAI had no relationship with sex, age, education and income.

The dependent status classified by ADL and TAI had some difference because ADL included only physical status but TAI included both physical and mental status. The National Health Security Office (NHSO) defines dependent elderly people as the ones with less than 12 points of ADL and it allocates certain budget to the local administration to take care of them. By this definition, the elderly with dementia, which was a significant problem of the elderly presented by memory loss may not to be classified as the dependent elderly people. The definition should therefore be the combination of ADL and TAI. And the budget should be allocated to them for all rights such as social security scheme, government and state enterprise not only universal coverage scheme right (UC).

Keywords: dependent elderly people, health situation, dependent status, ADL, TAI

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ดังเห็นได้จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁾ ในปี 2537, 2545, 2550, 2554 และ 2557 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่างเห็นได้ชัด ในปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ตามลำดับและจากข้อมูลกรมการปกครอง ในปี 2548 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) คือ ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ

เขตสุขภาพที่ 5 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2559 มีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งเขต ปี 2560 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.4⁽³⁾ จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ของเอกชัย ศรีวิระและคณะ พบว่ามีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.1⁽⁴⁾ ของประชากรสูงอายุ ซึ่งในปี 2560 เขตสุขภาพที่ 5 มีประชากรสูงอายุ 734,002 คน⁽³⁾ จากประมาณการโดยใช้ฐานจากสำรวจภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุไทยปี 2556 ที่พบสัดส่วนสูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.1 ของประชากรสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 จะมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 7,444 คน จากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้สัดส่วนผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประชากรวัยทำงานจะต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และในที่สุดจะส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทั้งสองฝ่าย

คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี นำข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager) เขตสุขภาพที่ 5 ได้บันทึกไว้ใน Software Care plan ศูนย์อนามัยที่ 5 ปี 2559 - 2560 มาวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย แนวทางการคัดกรอง ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้บันทึกไว้ใน Software Care Plan
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL (Barthel index of Activities of Daily Living: ADL) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ TAI (Typology of Aged with Illustration: TAI) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

แหล่งที่มาของข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นำมาจาก Software Care Plan ซึ่งคณะผู้วิจัยออกแบบระบบเพื่อให้ programmer พัฒนา software ที่ใช้เพื่อการบริหารจัดการและการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การเก็บรวบรวมข้อมูลใน Software Care Plan มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผนวกการใช้โปรแกรมในการอบรมหลักสูตร Care Manager กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager: CM) ที่ผ่านการอบรมสามารถใช้โปรแกรมห้ดังกล่าวได้ หลังจากผ่านการอบรม โดยถ้ามีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม แล้วสามารถบอกข้อมูลดังต่อไปนี้

1. จำนวนผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager: CM)/ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และแผนการดูแล (care plan) ทราบจำนวน ระดับตำบล /อำเภอ/ จังหวัด/เขต/ประเทศ
2. จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด/เขต/ประเทศ
3. จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของการจำแนกประเภทโดยใช้คะแนน ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และวิธี TAI
4. หากนำจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามประเภท x ค่าใช้จ่ายต่อราย ก็จะได้ งบประมาณรวมที่ต้องใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5. หากบันทึกเวลาของการให้บริการด้วยจะทราบ เวลาเฉลี่ยของการให้บริการตาม Care items ต่างๆ
6. นำเวลาเฉลี่ย x กับต้นทุนค่าแรงของผู้ดูแลแต่ละประเภท ก็จะทราบต้นทุนค่าแรง (Labour Cost) เฉลี่ยของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่างๆ
7. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี สามารถติดตามกำกับได้ว่า CM ที่ผ่านการอบรมให้บริการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนเท่าใด ทราบภาพรวมของการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในระดับบุคคล (แต่ละ CM) ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตได้ โดยดูจากจำนวนการบันทึกผ่านโปรแกรมดังกล่าว

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี นำข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager) เขตสุขภาพที่ 5 ได้บันทึกไว้ใน Software Care Plan ศูนย์อนามัยที่ 5 ระหว่างปี 2559-2560 มาศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ประสานกับ programmer ของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เพื่อเขียนชุดคำสั่ง (Query) ดึงข้อมูล จาก Software Care Plan โดยดึงเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ และตรวจสอบข้อมูลเลขที่บัตรประชาชน 13 หลักที่ไม่ซ้ำกัน โดยใช้หลักการ คือ ใช้ชุดคำสั่งในการตรวจสอบเงื่อนไขจากนั้นดึงข้อมูลออกมาโดยไม่มีข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวบุคคล ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก ชื่อ นามสกุล

programmer ของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและบันทึกเป็น File Excel โดยมีข้อมูลดังนี้ ปีเกิด เพศ อายุ สถานภาพ การทำงาน รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การศึกษา สิทธิการรักษา โรคของผู้สูงอายุ ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล⁽⁵⁾ จำนวน 10 รายการ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่

ผ่านมา 3) การลุกจากที่นอนหรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั่นกรองปัสสาวะในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา วันเดือนปีที่ประเมิน ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านจิตใจและสติปัญญาตามเกณฑ์ TAI (Typology of Aged with Illustration)^(6,7) จำนวน 4 รายการ 1) การเคลื่อนไหว (Mobility) 2) การใช้ห้องสุขา (Toileting) 3) การรับประทานอาหาร (Eating) 4) ด้านจิตใจและสติปัญญา (Mental status) และกลุ่ม TAI โดยไม่มีการระบุข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เลข 13 หลัก ชื่อ และนามสกุล

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager: CM) ของเขตสุขภาพที่ 5 ทำการบันทึกใน Software Care Plan ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ระหว่างปี 2559 – 2560 จำนวน 640 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ Software Care Plan โดยเลือกใช้เฉพาะประวัติข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน Software Care Plan ที่มีข้อมูลครบถ้วน

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 5

1.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 เพศชาย ร้อยละ 35.2 เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (ร้อยละ 47.5) ตอนกลาง (ร้อยละ 31.6) ตอนต้น (ร้อยละ 20.9) ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา ร้อยละ 97.1 รายได้ส่วนใหญ่จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.0) และร้อยละ 53.8 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน ไม่มีงานทำร้อยละ 98.7 เป็นหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 50.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 38.4 โสด ร้อยละ 11.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ได้แก่

1.1.1 กลุ่มที่อยู่คนเดียว ซึ่งพบร้อยละ 3.0 จำแนก เป็น โสดอยู่คนเดียว ร้อยละ 1.5 (9 ราย) หม้าย อยู่คนเดียว ร้อยละ 1.3 (8 ราย) หย่าแยก อยู่คนเดียว ร้อยละ 0.2 (1 ราย)

1.1.2 กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน พบร้อยละ 53.8

1.2 โครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69ปี) ตอนกลาง (70-79 ปี) ตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) จะมีผลต่อความชุกของการมีโรคประจำตัว โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.3 โดยผู้สูงอายุตอนกลางมีความชุกของโรคประจำตัวสูงสุดคือ ร้อยละ 80.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

1.3 ความชุกของโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการศึกษาที่พบแบบแผนของความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1.3.1 กลุ่มที่ความชุกที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย ได้แก่ โรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงต่ำ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ กระดูกหัก, Osteoporosis, Mental disease, Dementia, Depression

1.3.2 กลุ่มโรคที่มีความชุกลดลงในผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ได้แก่ โรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงสูง ความรุนแรงของโรคทำให้ไม่สามารถมีชีวิตยืนยาวไปถึงผู้สูงอายุตอนกลางหรือตอนปลายได้ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (CVA), ความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง

1.3.3 กลุ่มโรคที่มีความชุกสูงสุดในผู้สูงอายุตอนกลาง ได้แก่ โรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงปานกลาง ความรุนแรงของโรคทำให้มีชีวิตยืนยาวไปถึงผู้สูงอายุตอนกลาง แต่ไม่ถึงตอนปลายได้ ได้แก่ COPD, พิกการอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่นๆ โรคข้อเรื้อรัง, Parkinson Disease

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพึ่งพิงจำแนกตามอายุ (n=640)

ภาวะสุขภาพ	อายุ 60 – 69 ปี		อายุ 70 – 79 ปี		อายุ >= 80 ปี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว								
- มี	102	76.1	162	80.2	224	73.7	488	76.3
- ไม่มี	32	23.9	40	19.9	80	26.3	152	23.8
รวม	134	100.0	202	100.0	304	100.0	640	100.0
โรคของผู้สูงอายุพึ่งพิง								
- HT alone	27	26.5	46	28.4	104	46.4	177	36.3
- CVA	42	41.2	46	28.4	43	19.2	131	26.8
- DM & HT	18	17.6	28	17.3	28	12.5	74	15.2
- DM alone	5	4.9	16	9.9	12	5.4	33	6.8
- bone fracture	1	1.0	4	2.5	7	3.1	12	2.5
- Other mental	2	2.0	4	2.5	6	2.7	12	2.5
Disease								
- Osteoporosis	1	1.0	3	1.9	5	2.2	9	1.8
- Disability Caused	2	2.0	4	2.5	2	0.9	8	1.6
by Other Accident								
- chronic arthritis	1	1.0	3	1.9	2	0.9	6	1.2
- Chronic Lung	1	1.0	3	1.9	2	0.9	6	1.2
Disease								
- Eye Disease	0	0.0	2	1.2	2	0.9	4	0.8
- Dementia	0	0.0	0	0.0	4	1.8	4	0.8
- Chronic Kidney	1	1.0	0	0.0	2	0.9	3	0.6
Disease								
- Heart Disease	0	0.0	1	0.6	2	0.9	3	0.6
- Malignancy	1	1.0	0	0.0	1	0.4	2	0.4
- Parkinson Disease	0	0.0	1	0.6	1	0.4	2	0.4
- Disability Caused	0	0.0	1	0.6	0	0.0	1	0.2
by Traffic Accident								
- Depression	0	0.0	0	0.0	1	0.4	1	0.2
รวม	102	100.0	162	100.0	224	100.0	488	100.0

1.4 การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามเกณฑ์ ADL มีจำนวน 640 จำแนกเป็น กลุ่มติดเตียง (ADL 0-4) พบร้อยละ 50.5 และติดบ้าน (ADL 5-11) พบร้อยละ 49.5 โดยกิจกรรมที่จะนำมาหา ADL มี 10 ข้อ จัดเป็น 4 หมวดใหญ่ (3 หมวดแรก ชื่อหมวดเหมือนกับ TAI แต่รายละเอียดภายในหมวดไม่เหมือนกัน ส่วนหมวดที่ 4 นั้น TAI ไม่มี)

1.4.1 หมวดการเคลื่อนที่ เรียงตามลำดับปัญหาที่พบ ได้แก่ การเดินขึ้นลงขึ้นบันได 1 ชั้น ร้อยละ 99.7 (ขึ้น-ลงบันไดไม่ได้ 90.5%, ต้องการช่วย 9.2%) รองลงมา คือเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้อง ร้อยละ 81.4 (เคลื่อนที่ไม่ได้ 58.4%, ต้องใช้รถเข็น 23.0 %) ลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ ร้อยละ 76.9 (ลุกขึ้นจากที่นอนหรือเตียงไม่ได้ 39.4%, ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก 37.5%) ตามลำดับ

1.4.2 หมวดรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการรับประทานอาหาร ร้อยละ 92.3 (ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ 42.0%, ต้องมีคนช่วย 50.3%)

1.4.3 หมวดอุจจาระ/ปัสสาวะ เรียงตามลำดับปัญหาที่พบ ได้แก่ การใช้ห้องสุขา ร้อยละ 99.9 (ช่วยตัวเองไม่ได้ 62.7%, ทำความสะอาดตัวเองได้เองหลังการขับถ่าย แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 37.2%) รองลงมา คือ การกลั้นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 91.9 (กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวน 44.7%, กลั้นมาได้บางครั้ง 47.2%) และการกลั้นอุจจาระ ร้อยละ 77.8 (กลั้นไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 36.1%, กลั้นไม่ได้บางครั้ง 41.7%)

1.4.4 หมวดแต่งตัว ปัญหาที่พบเรียงตามลำดับได้ดังนี้ การสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 96.9 (ต้องมีคนสวมให้ 54.4%, ต้องช่วย 42.5%) อาบน้ำไม่ได้เอง ร้อยละ 94.5, ล้างหน้า หวีผม แปรงฟันและโกนหนวด ไม่ได้เอง ร้อยละ 77.2

1.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยแบ่งตามเกณฑ์ TAI ซึ่งประกอบด้วย 4 หมวด ได้แก่ การเคลื่อนไหว (Mobility), การรับประทานอาหาร (Eating), ด้านการใช้ห้องสุขา (Toileting), จิตใจและสติปัญญา (Mental Status) (3 หัวข้อแรกชื่อหมวดตรง ADL แต่รายละเอียดภายในหมวดไม่เหมือนกัน ส่วนหัวข้อ Mental Status ในเกณฑ์ ADL ไม่มี) จากหัวข้อใน 4 หมวด นำมาแบ่งกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น 3 กลุ่ม ซึ่งผลการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยวิธี TAI จำนวน 339 ราย มีดังนี้

1.5.1 กลุ่ม I คือ กลุ่มที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว พบ ร้อยละ 79.9

1.5.2 กลุ่ม C คือ กลุ่มที่ปัญหาเรื่อง Confuse พบ ร้อยละ 10.1

1.5.3 กลุ่ม B คือ กลุ่ม Border เป็นกลุ่มที่มีปัญหาต้องช่วยเหลือด้านการใช้ห้องสุขา (Toileting) & การรับประทานอาหาร (Eating) พบร้อยละ 10.0

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ กับ ภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL โดยกลุ่มที่มีรายได้สูง จะพบร้อยละของการติดเตียงสูงกว่า กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า ส่วนตัวแปร อายุ เพศ การศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ AD กับอายุ เพศ การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=640)

ปัจจัย	ติดเตียง		ติดบ้าน		รวม		x ²
	ADL 0-4 คะแนน		ADL5-11 คะแนน				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ							2.3
- 60-69 ปี	71	53.0	63	47.0	134	100.0	
- 70-79 ปี	93	46.0	109	54.0	202	100.0	
- ≥80 ปี	159	52.3	145	47.7	304	100.0	
เพศ							0.3
- ชาย	110	48.9	115	51.1	225	100.0	
- หญิง	212	51.3	203	48.7	415	100.0	
การศึกษา							4.9
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	99	44.4	124	55.6	223	100.0	
- ประถมศึกษา	172	49.6	175	50.4	347	100.0	
- มัธยมและสูงกว่า	12	70.6	5	29.4	17	100.0	
รายได้(บาท/เดือน)							8.4*
- ≤1,000	103	44.4	129	55.6	232	100.0	
- 1,001 – 5,000	109	58.0	79	42.0	188	100.0	
- >5,000	7	63.6	4	36.4	11	100.0	

หมายเหตุ * หมายถึง $p < 0.05$

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ กับ ภาวะพึ่งพิง ตามเกณฑ์ TAI

พบว่า อายุ เพศ การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ TAI แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะพึ่งพิง ตามเกณฑ์ TAI กับ อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=339)

ปัจจัย	กลุ่มบอร์เตอร์ (กลุ่ม B)		กลุ่มสับสน (กลุ่ม C)		กลุ่มเคลื่อนที่ ไม่ได้(กลุ่ม I)		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ									3.1
- 60-69 ปี	9	11.1	8	9.9	64	79.0	81	100.0	
- 70-79 ปี	13	13.0	12	12.0	75	75.0	100	100.0	
- ≥80 ปี	12	7.6	14	8.9	132	83.5	158	100.0	
เพศ									1.8
- ชาย	15	12.7	13	11.0	90	76.3	118	100.0	
- หญิง	19	8.6	21	9.5	181	81.9	221	100.0	
การศึกษา									9.3
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	7.4	18	16.7	82	75.9	108	100.0	
- ประถมศึกษา	25	13.6	14	7.6	145	78.8	184	100.0	
- มัธยมและสูงกว่า	0	0.0	1	8.6	11	91.7	12	100.0	
รายได้(บาท/เดือน)									2.0
- ≤1,000	13	11.9	7	6.4	89	81.7	109	100.0	
- 1,001 – 5,000	11	10.3	5	4.7	91	85.0	107	100.0	
- >5,000	0	0.0	1	12.5	7	87.5	8	100.0	

หมายเหตุ * หมายถึง $p < 0.05$

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ เป็นการใช้อ้างอิงข้อมูลจาก Software Care Plan ที่ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager : CM) ของเขตสุขภาพที่ 5 ได้ทำการบันทึกไว้ใน Software Care Plan ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ระหว่างปี 2559 – 2560 ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 5

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 เพศชาย ร้อยละ 35.2 เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (ร้อยละ 47.5) ตอนกลาง (ร้อยละ 31.6) ตอนต้น (ร้อยละ 20.9) ไม่ได้เรียน

หนังสือ/ประถมศึกษา ร้อยละ 97.1 รายได้ส่วนใหญ่จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.0) และ ร้อยละ 53.8 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทต่อเดือน เป็นหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 50.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 38.4 โสด ร้อยละ 11.1 อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.0 มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.3 โดยโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง เบาหวาน และกระดูกหัก

ผลการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ด้วยวิธี Barthel ADL index พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ADL 0 – 11) จำนวน 640 ราย จำแนกออกเป็นกลุ่มติดเตียง (ADL 0 – 4) ร้อยละ 50.5 และกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 – 11) ร้อยละ 49.5

ผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านจิตใจและสติปัญญา ตามเกณฑ์ TAI ของผู้สูงอายุ จำนวน 339 ราย ด้วยวิธี TAI พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่ม I ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 79.9 กลุ่ม C ซึ่งเป็นกลุ่มที่ปัญหาเรื่องสับสน (Confuse) ร้อยละ 10.1 และกลุ่ม B ซึ่งเป็นกลุ่ม Border เป็นกลุ่มที่มีปัญหาต้องช่วยเหลือด้านการใช้ห้องสุขา (Toileting) & การรับประทานอาหาร (Eating) ร้อยละ 10.0

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ กับ ภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL

พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ส่วนตัวแปร อายุ เพศ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ ADL แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ พิมพิสุทธิ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง⁽⁸⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี ของวิรดา อรรถเมธากุลและวรรณ ศรีวิสัย⁽⁹⁾ พบว่า อายุ ไม่มีอำนาจในการพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา เทพขุนทอง และผ่องพรรณ อรุณ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานสูงกว่าวัยอื่น และการศึกษาของวิรดา อรรถเมธากุล และวรรณ ศรีวิสัย⁽⁹⁾ ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ กับ ภาวะพึ่งพิง ตามเกณฑ์ TAI

พบว่า อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ TAI แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

อภิปรายผล

1. Software Care Plan ที่พัฒนาโดยศูนย์อนามัยที่ 5 เมื่อ Care Manager (CM) บันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าไปในโปรแกรมแล้ว สามารถที่จะเรียกข้อมูล เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์ทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ได้ ดังนี้

1.1 วางแผนพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ให้ครอบคลุมทั้งมิติ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู

1.2 วางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care plan) ให้ครอบคลุมทั้ง Nursing care plan, Social care plan และ Environmental Care plan

1.3 ปรับหลักสูตรการอบรม CM ทั้งด้านเนื้อหา และการแบ่งสัดส่วนของเวลาในแต่ละหัวข้อ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่

2. การแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้คะแนน ADL แล้วแบ่งเป็นกลุ่ม ADL 0-4 (ติดเตียง) และ ADL 5-11 (ติดบ้าน) นั้นมีข้อดี/ข้อเสียคือ

2.1 ข้อดี คือ ง่าย โดยให้คะแนนทั้ง 10 หัวข้อแล้วหาคะแนนรวม ก็สามารถแยกกลุ่มได้

2.2 ข้อเสีย คือ ไม่ทราบว่ากลุ่มติดบ้าน ติดเตียงนั้นมีปัญหาที่เรื่องใด เช่น เรื่องการเคลื่อนที่ เรื่องปัสสาวะ/อุจจาระ เรื่องการให้อาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องเกี่ยวกับทางจิต ไม่ได้ตั้งเกณฑ์ในการวัด ทำให้โรคความจำเสื่อม ซึ่งจะพบมากในผู้สูงอายุ เมื่อใช้แบบประเมิน ADL ทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจที่มีผลต่อบุคคลรอบข้างหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจจะไม่เข้าเกณฑ์อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การไม่ทราบว่าปัญหาของการพึ่งพิงอยู่ที่หมวดใดทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนในการดูแลหรือการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัว

3. การแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามเกณฑ์ของ TAI แล้วแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่ม Immobility (I), Confuse (C), Borderline (B) นั้นมีข้อดีและข้อเสียคือ

3.1 ข้อดี คือ สามารถวางแผนการรักษาตามกลุ่มได้ และสามารถคำนวณต้นทุนต่อรายของกลุ่มต่างๆได้ และ TAI มีการนำเรื่อง mental เข้ามาด้วย ทำให้สามารถครอบคลุมกลุ่ม Confuse ซึ่งคือกลุ่มสมองเสื่อม ซึ่งจะพบกลุ่มนี้มากขึ้นแปรผันตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

3.2 ข้อเสีย คือ วิธีการแบ่งกลุ่มยุ่งยาก ในกรณีที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จแบ่งกลุ่มให้

4. ประกาศสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเรื่องกำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ ADL เป็นเกณฑ์ โดยผู้สูงอายุ จัดเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือผู้สูงอายุที่มีคะแนนรวมของ ADL < 12 เนื่องจากเกณฑ์ ADL นำมิติเรื่องสุขภาพกาย โดยไม่ได้มีหัวข้อของสุขภาพจิต จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น สมองเสื่อม (Dementia) ที่สูญเสียความจำเป็นบางครั้ง ไม่เข้า

นียมตามเกณฑ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ไม่ได้รับสิทธิในการดูแล

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้สูงอายุสิทธิอื่นได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพน้อยมาก ควรมีการออกนโยบายกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสิทธิอื่นได้รับการคัดกรองเช่นเดียวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การคัดกรองผู้สูงอายุควรนำคะแนนด้านการประเมินด้านสุขภาพจิตมาพิจารณาประกอบด้วย เพราะถ้ามีคะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) มากกว่า 11 หรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองค่อนข้างดี แต่ถ้ามีปัญหาพฤติกรรมจนสร้างความรำคาญ ไม่มีปัญหา ด้านการรับรู้บุคคล สถานที่ เวลา ก็ควรจัดอยู่ในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเช่นเดียวกับกลุ่มคะแนนที่มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เพื่อให้การบริการสาธารณสุขผู้สูงอายุและครอบครัวครบมิติทั้งด้านกายและใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้น การประเมิน ADL จะไม่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ประเมินด้วยเกณฑ์ TAI จะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมินภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุจึงควรนำทั้ง ADL และ TAI มาพิจารณาร่วมกัน แต่ประกาศสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นิยามคำว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือผู้สูงอายุที่มีค่า ADL น้อยกว่า 11 ซึ่งควรที่จะปรับเปลี่ยนประกาศดังกล่าว ไม่เช่นนั้นกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมจะไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ได้รับค่าบริการตามประกาศสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. จากการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ Software Care Plan พบว่าผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขบันทึกข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล 640 ราย แต่บันทึกข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านจิตใจและสติปัญญาตามเกณฑ์ Typology of Aged with Illustration (TAI) เพียง 339 ราย ดังนั้นในการนำ software มาใช้ ควรฝึกให้ผู้ใช้ได้มีการทดลองใช้ และประเมินผู้ใช้งานว่าสามารถปฏิบัติได้จริง และพัฒนาโปรแกรมให้แจ้งเตือนเวลาประเมินไม่ครบถ้วน และไม่สอดคล้องกัน และลดข้อคำถามบางส่วนออกเพื่อความสะดวกของผู้ใช้งานและทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และในการอบรมหลักสูตรผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข ควรเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการประเมิน และบันทึกข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านจิตใจและสติปัญญาตามเกณฑ์ Typology of Aged with Illustration (TAI) เพื่อนำมาวางแผนให้บริการสาธารณสุขผู้สูงอายุและครอบครัวครบมิติทั้งด้านกายและใจ

ข้อเสนอแนะแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนา Mobile Application สำหรับประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านจิตใจและสติปัญญาตามวิธี Typology of Aged with Illustration (TAI) และจัดทำแผนการดูแล (care plan) เพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดทำแผนการดูแล (care plan) และช่วยให้ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ประเมิน บันทึกผลการประเมินความสามารถได้อย่างสะดวก ถูกต้อง ครบคลุมและรวดเร็ว

2. ควรศึกษาความสามารถในทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบซ้ำซ้อน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบซ้ำซ้อน (instrumental Activity of Daily Living) ความสามารถของสมองผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Montreal Cognitive Assessment : MoCA หรือแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย MMSE ของผู้สูงอายุเป็นระยะๆ

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบซ้ำซ้อน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบซ้ำซ้อน (instrumental Activity of Daily Living) ความสามารถของสมองผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม Montreal Cognitive Assessment : MoCA หรือแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย MMSE ก่อนและหลังเข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดีด้วยความกรุณาและได้รับความสนับสนุนจากนายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และเจ้าหน้าที่งานสารสนเทศศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการพัฒนา Software Care Plan ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน Software Care Plan และขอขอบคุณผู้เข้ารับการอบรมผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager : CM) เขตสุขภาพที่ 5 ที่บันทึกผลใน Software Care Plan

ขอขอบพระคุณอาจารย์มาศโมฬี จิตวิริยธรรม อาจารย์รวิวรรณ อภินันทชาติ อาจารย์สายฝน ม่วงคุ้ม และอาจารย์บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถี ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
2. ระบบสถิติทางการทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติประชากรและบ้าน – จำนวนประชากรแยก รายอายุ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php.
3. HDC-Dashbroad. พีรามิดประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f.
4. เอกชัย ศรีวรา,วิมล บ้านพวน, สุรเดช ดวงทิพย์ สิริกุล,ธีระ ศิริสมุด,แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล,ลีลี อิง ศรีสว่างและคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี พี: 2556. หน้า 25.
5. กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาลัษราชภัฏสวนสุนันทา: 2559.
6. Jiro Okochi. Increase of mild disability in Japanese elders: A seven year follow-up cohort study. BMC Public Health 2005. doi: 10.1186/1471-2458-5-55.
7. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล.Care Manager by HPC5 Director Information Sharing [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://hpc5.anamai.moph.go.th/director/elderly/?module=!&file=TAI.php>.
8. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559;21:94-109.
9. วิรดา อรรถเมธากุลและวรรณ ศรีวิสัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2556;7:18-28.
10. กติยา เทพขุนทอง และผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาวะพึ่งพาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแผนกผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2559;39: 75-85.