**บทที่ 1**

**บทนำ**

**ความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย**

 องค์การอนามัยโลก(World Health Organization: WHO.) (1) ได้รายงานเรื่อง “Ageing and Health (2021)” และองค์การสหประชาชาติ(United Nations: UN.) (2) ก็ได้ออกบทความสำคัญ เรื่อง “World Population Ageing - 2020 Highlights” แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของประชากรโลกผู้สูงวัยซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อมิติทางด้านบุคคลและครอบครัว, ระบบสุขภาพ, สังคม, วัฒนธรรมรวมถึงเศรษฐกิจทั้งในระดับประเทศและสังคมโลก ได้มีการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นต้นแบบที่ดีมาก(3)และเปรียบเทียบกับประเทศเยอรมัน สิงคโปร์และประเทศไทย(4)พบว่าในประเทศเยอรมันนี ญี่ปุ่นและสิงคโปร์มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุจากการสร้างความรับผิดชอบของประชาชนผ่านการร่วมจ่ายภาคบังคับ เช่น ค่าเบี้ยประกัน การสมทบในรูปแบบประกันสังคมสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและมีการออกแบบระบบเพื่อให้มีบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานที่บริการ ในที่พักอาศัยและในชุมชน ในขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ แต่การบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุยังไม่มีความครอบคลุมและเท่าเทียม

 สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(5) ได้รายงานต่อคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ.2563 ว่า ประชากรไทยจะเพิ่มจาก 66.5 ล้านคนในปี 2563 เป็น 67.2 ล้านคนในปี 2571 หลังจากนั้นจำนวนประชากรจะลดลงในอัตรา -0.2 % ต่อปี ทำให้ในปี 2583 จะมีจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณ 65.4 ล้านคน ทั้งนี้ ประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ในปี 2563 มีจำนวนเกือบ 12 ล้านคน คิดเป็น 18 % ของประชากรทั้งหมดและอัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานเท่ากับ 27.7:100 แต่ในปี 2583 ตัวเลขคาดว่าเพิ่มเป็น 20.42 ล้านคน เท่ากับ 31.28 % ของประชากรทั้งหมด และอัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานจะเพิ่มเป็น 56.2:100 ตามลำดับ ดังนั้น รัฐบาลจึงได้ประกาศเรื่องผู้สูงอายุให้เป็นวาระแห่งชาติโดยจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(6) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ&ป้องกันโรค สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่แข็งแรงและสุขภาพดี ได้ต่ออายุการทำงานหรือเป็นแรงงานเสริมนอกระบบ ตลอดจนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามระดับความจำเป็นให้เหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยมีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน และบูรณาการให้ครอบครัว หน่วยงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน รวมถึงภาคเอกชนเข้ามาเป็นภาคีเครือข่ายและมีส่วนร่วมกันในขบวนการสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลกลุ่มผู้สูงอายุนี้

 ในปี 2564 ประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และในอนาคต อีกไม่ถึง 20 ปี ก็จะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) ใน 77 จังหวัดของประเทศไทย มี 30 จังหวัดที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์แล้ว ส่วนใหญ่อยูในภาคเหนือและภาคกลาง โดยอันดับ 1-5 ได้แก่ ลำปาง (26.1%) ลำพูน (25.8%) สิงห์บุรีและแพร่(25.7%) สมุทรสงคราม (24.8%) ซึ่งอาจจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(7) ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 255,327 คนจากประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 11,627,130 คน คิดเป็น 2.19%

 ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 (ประกอบด้วยจังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์)และจากศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ปี 2563**(8)** พบว่ามีผู้สูงอายุ (60ปีขึ้นไป) จำนวน 652,828 คน คิดเป็น 18.28% ของประชากรทั้งหมด โดยจังหวัดสุโขทัย มีประชากรทั้งหมด 595,072 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 122,369 คน คิดเป็น 20.56% ของประชากรทั้งหมด ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย**(9)** พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (97.5%) เป็นกลุ่มติดสังคม (Barthel ADL. index = 12-20/20) ส่วนกลุ่มติดบ้าน (Barthel ADL. index = 5-11/20) และกลุ่มติดเตียง (Barthel ADL. index = 0-4/20) พบได้ 1.99 และ 0.51% รวมเป็น 2.5% ซึ่งกลุ่มแรกถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงสุขภาพดี (Healthy ageing group) ส่วนสองกลุ่มหลังนี้อยู่ในภาวะพึ่งพิง

 ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นแพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เมืองเก่า รับผิดชอบดูแลประชากรในเขตตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย และจากรายงานประจำปีของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เมืองเก่า**(10)** ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 3,478 คน คิดเป็นร้อยละ 19.83 ของประชากรทั้งหมดตำบลเมืองเก่าจำนวน 17,536 คน เป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงสุขภาพดี (Healthy ageing group) ร้อยละ 96.64 และเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 3.36 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดสุโขทัย โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการดูแลบริบาลระยะยาว (Long term care: LTC.)หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีพอ ก็จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุให้ต้องไปรับการรักษาในสถานพยาบาล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานะทางสุขภาพและความต้องการรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะต้องพึ่งพา ให้ตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่ดีอย่างเหมาะสมต่อไป

**คำถามการวิจัย**

1.สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยเป็นอย่างไร

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการรับการดูแลระยะยาว หรือไม่ อย่างไร

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

 1. เพื่อศึกษาสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง สุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

 2. เพื่อวิเคราะห์ความต้องการรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบล เมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

**ประโยชน์ต่ออาสาสมัครและชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน**

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้การดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชุนในการจัดการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

**ขอบเขตในการทำวิจัย**

1. ขอบเขตเชิงพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

 2. ขอบเขตเชิงประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศชายและหญิงที่พักอาศัยอยู่ในเขตตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัยในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

**ระยะเวลาดำเนินการ (เริ่มเก็บข้อมูลวิจัย)**

 เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เสร็จสิ้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลา 2 เดือน

**ตารางที่ 1** การบริหารงานวิจัยและตารางการปฏิบัติงาน (Tabulation of Research Activities and Timeline)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรม | ก.ย.2564 | ต.ค.2564 | พ.ย.2564 | ธ.ค.2564 | ม.ค.2565 | ก.พ.2565 |
| 1. เตรียมเอกสารการทำวิจัยทั้งหมด
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. เสนอโครงร่างวิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัย
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย/อบรมผู้ช่วยวิจัย
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. วิเคราะห์ข้อมูล
 |  |  |  |  |  |  |
| 1. จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์
 |  |  |  |  |  |  |

**นิยามศัพท์เฉพาะ**

 **ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (dependent elderly people)** หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีเอดีแอล (Barthel ADL index) จัดอยู่ในกลุ่ม ติดบ้าน และติดเตียง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน และกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย (ติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

**สถานะทางสุขภาพ (Health status)** หมายถึง สถานภาพทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้จากการคัดกรองปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) และปัญหาโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาการได้ยิน สุขภาพช่องปาก สุขภาพทางตา กระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม สมรรถภาพทางสมอง โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะขาดสารอาหาร ปัญหาการนอน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening Form : BGSF) ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**ความต้องการรับการดูแลระยะยาว (long-term care need)** หมายถึง การรับรู้ ความประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยการสอบถามความต้องการ ประกอบกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการมีเครือญาติดูแลสูงอายุที่บ้าน และเศรษฐานะของครอบครัวผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์หาความต้องการรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีบุคลากร ได้แก่ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (care manager) เป็นผู้จัดทำ care plan มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ผ่านการอบรมอย่างน้อย 70 ชั่วโมง รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข และทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster : PCC) ประกอบด้วย สหวิชาชีพด้านการแพทย์ และสาธารณสุขในหน่วยบริการใกล้บ้าน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ประโยชน์ของโครงการนี้ เมื่อเสร็จสมบูรณ์แล้วจะเป็นประโยชน์ที่สามารถนำข้อมูลภาวะสุขภาพ และความต้องการรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ มาวางแผนแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย และเตรียมจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างเหมาะสม

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

**บทที่ 2**

**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

 Choorat W, Sawangdee Y and Arunraksombat S. (2015)(11) ได้ศึกษาภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปัญหาสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต มักจะเกิดในผู้สูงอายุและแปรตามอายุที่มากขึ้น

 สกานต์ บุนนาค และคณะ (2563)(12) ได้ทำการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรค และความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยโดยใช้ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้ว นำมาวิเคราะห์หาข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาระโรค และความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมอง และโรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดคือโรคเบาหวาน โดยกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาช่องปาก จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Living: ADL.) พบผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ประมาณร้อยละ 97 กลุ่มพอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 2 และกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลยร้อยละ 1 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใกล้เคียงกันคือประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัย 60-69 ปี ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ยังมีเครือญาติเป็นผู้ดูแล ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ไม่มีเครือญาติดูแล มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่สามารถซื้อบริการจากเอกชนได้

 จินตนา อาจสันเที๊ยะ และรัชณีย์ ป้อมทอง (2561)(13) ได้ศึกษาแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล พบว่า แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ต้องมีความเข้าใจสภาพความสูงอายุ สิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความเป็นจริง ที่มีความก้าวหน้าโดดเด่นเป็นการดูแลสุขภาพยุคไทยแลนด์ 4.0 มาเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพให้พึ่งตนเองได้มากที่สุด ใช้การดูแลด้วยการสร้างสรรค์ประโยชน์ต่างๆ การคิดบวก มีจิตกุศล การทำจิตใจให้สะอาด งดเว้นจากอกุศลกรรม การจัดรูปแบบบริการในการดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นการจัดบริการที่เข้าถึงระบบสุขภาพ รวดเร็ว มีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุใช้แพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ โดยมีการจัดบริการดูแลทั้งระยะต้น ระยะกลาง ระยะยาวและต่อเนื่อง

 สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์ (2561)(14) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในยุคประเทศไทย 4.0 พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดสุขภาวะนั้น ต้องการความพร้อมจากผู้ดูแล สมาชิก ในครอบครัว ทุนของชุมชน และการได้รับสิทธิประโยชน์และสวัสดิการทั้งจากภาครัฐและเอกชนอย่างเข้าถึง และเท่าเทียม ผู้ดูแลต้องมีความพร้อม มีความรู้ ทักษะในการดูแลและ มีความสามารถในการจัดการทรัพยากรด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ต้องมีการบริหารจัดการด้านการเงิน การจัดหาอุปกรณ์ของเครื่องใช้และการบำรุงรักษา และสามารถจัดสรรเวลาให้เกิดความสมดุลทั้งเวลาในการดูแลผู้สูงอายุและเวลาส่วนตัว แนวทางในการจัดการทรัพยากรเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังต้องการช่วยเหลือดูแลจากสังคมหรือทุนจากชุมชน

 Sindecharak T. (2015)(15) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในประเทศจีน พบว่า มีลักษณะใกล้เคียงกับนโยบาย Long term care ในประเทศไทย โดยการดูแลผู้สูงอายุในขั้นแรกจะเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวหรืออาสาสมัครอื่นๆ ที่ไม่ใช่ญาติ ซึ่งเป็นการดูแลแบบสมัครใจโดยไม่มีค่าใช้จ่าย (home care volunteer) ซึ่งมักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการเคลื่อนไหว อีกระดับหนึ่งคือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ (home care professional) สำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ไม่สามารถออกนอกบ้านได้ หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการสังคม สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และทั้งสองรูปแบบจะเป็นการดูแลผ่านชุมชนหรือที่เรียกว่า community care

**บทที่ 3**

**วิธีดำเนินการวิจัย**

 เป็นการวิจัยทางคลินิกเชิงปริมาณแนวพรรณนา(Descriptive quantitative clinical research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบตัดขวาง(Cross sectional study) ซึ่งผู้วิจัยได้สำรวจประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

**ประชากร**

 ได้แก่ ผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศชายและหญิง ที่พักอาศัยในเขตตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 3,478 คน

**กลุ่มตัวอย่าง**

ได้แก่ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีเอดีแอล(Barthel index for Activities of Daily Living - ADL index) จัดอยู่ ในกลุ่ม ติดบ้าน และติดเตียง ที่พักอาศัยในเขตตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน จำนวน 100 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย (ติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน จำนวน 17 คน รวมทั้งสิ้น 117 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1. แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening Form: BGSF.) ซึ่งได้รับการอนุญาตจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขแล้วและผ่านการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข ตามมติคณะกรรมการพัฒนาคู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขแล้ว ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ การมี/ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน เศรษฐานะของครอบครัว และความต้องการรับการดูแลระยะยาว

 ส่วนที่ 2 การคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย 15 รายการ ประกอบด้วย การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาการได้ยิน สุขภาพช่องปาก สุขภาพทางตา กระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม สมรรถภาพทางสมอง โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงภาวะหกล้ม ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะขาดสารอาหาร ปัญหาการนอน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

 2. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล ที่ผ่านการสอบเทียบแล้ว จำนวน 10 เครื่อง

 3. เครื่องวัดระดับพลาสมากลูโคส ที่ผ่านการสอบเทียบแล้ว จำนวน 10 เครื่อง

 4. เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ที่ผ่านการสอบเทียบแล้ว จำนวน 10 เครื่อง

 5. Snellen Chart ใช้ในกรณีที่ผลการคัดกรองสุขภาพทางตาพบว่ามีปัญหาการมองเห็น จำนวน 10 ชุด

 6. สายวัดระยะ 3 เมตร สำหรับใช้กำหนดระยะทางการเดินในการคัดกรองภาวะหกล้ม และใช้วัดรอบเอว จำนวน 10 ชุด

 7. เครื่องคิดเลขแบบพกพา ใช้สำหรับคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI.) และภาวะกระดูกพรุน จำนวน 10 เครื่อง (หรืออาจใช้ smart phone ที่มี applicationเครื่องคิดเลข)

 8. นาฬิกาจับเวลา ใช้จับเวลาในการคัดกรองความเสี่ยงภาวะหกล้ม จำนวน 10 เรือน หรืออาจใช้ smart phone ที่applicationมีจับเวลาแทนได้)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1.ผู้วิจัยทำการอบรมวิธีการเก็บข้อมูลวิจัย ในส่วนของการใช้แบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening Form: BGSF.) ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้กับผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและ อสม.ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Caregiver แล้ว เป็นผู้ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลจำนวน 10 คน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ในเนื้อหาของแบบคัดกรองแต่ละส่วน และข้อความที่เป็นแบบสอบถาม โดยผู้เก็บข้อมูล เป็นผู้อ่านคำถาม ให้ผู้สูงอายุตอบ หากผู้สูงอายุตอบเองไม่ได้ ให้สอบถามจากญาติหรือผู้ดูแลประจำที่พักอาศัยในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ และผู้เก็บข้อมูลเป็นผู้บันทึกลงในแบบคัดกรองแต่ละส่วน

2.การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และการตรวจหาระดับพลาสมากลูโคส ผู้วิจัยทำการสอน/สาธิต ให้กับผู้ช่วยวิจัย และให้มีการสาธิตย้อนกลับ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความถูกต้องในการตรวจวัดการอ่านผลและการบันทึกข้อมูลลงในแบบคัดกรองแต่ละส่วน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลทุกชุดและลงรหัสด้วยตนเอง แล้วจึงให้ผู้ช่วยวิจัย บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์

 2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล

**วิธีการรวบรวมข้อมูล**

มีการใช้แบบสอบถาม (สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัครได้ในภายหลัง)และอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องถูกเจาะเลือดจากปลายนิ้ว ประมาณ 0.1 ml 1 ครั้ง วิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือที่ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ (Non-invasive procedure) ต่ออาสาสมัคร ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การคัดกรองสุขภาวะทางตาโดยใช้แบบประเมินสายตาระยะไกล/ใกล้ ความเสี่ยงต้อกระจก ต้อหินและโรคจอตาเสื่อม การคัดกรองภาวะหกล้มโดยวิธี TUGT (Time up and Go Test) และการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

**เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ (Inclusion criteria)**

เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีเอดีแอล (Barthel index for Activities of Daily Living - ADL index) จัดอยู่ในกลุ่ม ติดบ้าน และติดเตียง ที่พักอาศัยในเขตตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง สุโขทัย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ทุกคนที่สื่อสารรู้เรื่อง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)**

อาสาสมัครที่มีอาการเจ็บป่วยต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือย้ายออกจากภูมิลำเนา ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย ในวันที่มีการนัดหมายเข้าพบเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล หรือเสียชีวิต

**วิธีการปฏิบัติการวิจัยกับอาสาสมัคร**

 ได้อธิบายวิธีการศึกษาว่า มีความแตกต่างจากการปฏิบัติในงานปกติ คือ มีการนัดหมายเพื่อไปคัดกรองสุขภาพที่บ้านแบบบริการเบ็ดเสร็จ (One stop service) โดยอาสาสมัครไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เมืองเก่า ถ้ามีสิ่งผิดปกติในขณะทำการวิจัย อาสาสมัครจะได้รับการดูแลจากแพทย์และทีมหมอครอบครัว ประจำสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เมืองเก่า และส่งต่อเพื่อรับการรักษาในระบบบริการสุขภาพ และสิทธิในการรักษาพยาบาลติดตัวของอาสาสมัคร ตามความเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วยและอาสาสมัครได้ทราบผลการตรวจคัดกรองโรคและปัญหาสุขภาพของตนเองทันทีหลังคัดกรองเสร็จสิ้น

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย**

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีและตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย มีการใช้รหัสแทนชื่ออาสาสมัครในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัย และการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

 2. หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) อาสาสมัครได้ทราบผลการตรวจคัดกรองโรคและปัญหาสุขภาพของตนเองทันทีหลังคัดกรองเสร็จสิ้น และวิธีการคัดกรองตามแบบคัดกรองมีความเสี่ยงในระดับที่ไม่เกินจากความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน (minimal risk)

3. หลักความยุติธรรม (Justice) อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติเข้าได้ตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะได้รับการคัดกรองทุกราย

**บทที่ 4**

**ผลการศึกษาวิจัย**

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

**4.1 สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง สุโขทัย**

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ การมี/ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน เศรษฐานะของครอบครัว

 **ตารางที่ 2** แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ( n = 117)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ |  |  |
|  หญิง | 75 | 64.1 |
|  ชาย  | 42 | 35.9 |
| อายุเฉลี่ย 77.48 SD 9.748 min 60 max 100  |
| หมู่บ้าน  |  |  |
|  บ้านเมืองเก่า | 52 | 44.4 |
|  บ้านนา | 18 | 15.4 |
|  บ้านเพชรไฝ | 13 | 11.1 |
|  บ้านศรีชุม | 11 | 9.4 |
|  บ้านเชตุพน | 7 | 6.0 |
|  บ้านมนต์คีรี | 5 | 4.3 |
|  บ้านวังตะคร้อ | 4 | 3.4 |
|  บ้านราวต้นเกลือ | 3 | 2.6 |
|  บ้านวังวน | 2 | 1.7 |
|  บ้านปากคลอง | 1 | .9 |
|  บ้านแสนตอ | 1 | .9 |

 **ส่วนที่ 2** ผลการคัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อย 15 รายการ ประกอบด้วย การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาการได้ยิน สุขภาพช่องปาก สุขภาพทางตา กระดูกพรุน ข้อเข่าเสื่อม สมรรถภาพทางสมอง โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงภาวะหกล้ม ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะขาดสารอาหาร ปัญหาการนอน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

**ตารางที่ 3 การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | N | Range | Minimum | Maximum | Sum | Mean | Std. Deviation |
| ค่า Systolic mmHg | 117 | 104 | 90 | 194 | 16020 | 136.92 | 21.298 |
| ค่า Diastolic mmHg | 117 | 52 | 57 | 109 | 9048 | 77.33 | 11.318 |
| Fasting Plasma Glucose | 117 | 206 | 12 | 218 | 12310 | 105.21 | 28.658 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Body Weight (Kgs.) | 117 | 55 | 30 | 85 | 6161 | 52.66 | 11.025 |
| Height (Cms.) | 117 | 43 | 137 | 180 | 18197 | 155.53 | 8.252 |

**ตารางที่ 4 % Cardiovascular disease (CVD) risk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ต่ำ (สีเขียว<10%) | 41 | 35.0 |
| ปานกลาง (สีเหลือง 10ถึง<20%) | 59 | 50.4 |
| สูง (สีส้ม 20 ถึง<30%) | 17 | 14.5 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 5 ทดสอบการได้ยินหูซ้าย**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ได้ยิน (ไม่มีปัญหา) | 103 | 88.0 |
| ไม่ได้ยิน (มีปัญหาการได้ยิน) | 13 | 11.1 |
|  ไม่ได้ตรวจ | 1 | .9 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 6 ทดสอบการได้ยินหูขวา**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ได้ยิน (ไม่มีปัญหา) | 103 | 88.0 |
| ไม่ได้ยิน (มีปัญหาการได้ยิน) | 13 | 11.1 |
|  ไม่ได้ตรวจ | 1 | .9 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 7 คัดกรองฟันผุ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| มีฟันผุ | 18 | 15.4 |
| ไม่มีฟันผุ | 99 | 84.6 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 8 คัดกรองเหงือกบวมฟันโยก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| มี | 12 | 10.3 |
| ไม่มี | 105 | 89.7 |
| Total | 117 | 100.0 |
|  |  |  |

**ตารางที่ 9 จำนวนฟันแท้<20 ซี่หรือ 4 คู่สบ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ใช่ | 85 | 72.6 |
| ไม่ใช่ | 32 | 27.4 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 10 เนื้อเยื่อช่องปากมีก้อน/รอยแดง-ขาว/มีแผลนานกว่า 2 สัปดาห์**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| มี | 4 | 3.4 |
| ไม่มี | 113 | 96.6 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 11 อาการปากแห้งน้ำลายแห้ง**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| มี | 2 | 1.7 |
| ไม่มี | 115 | 98.3 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 12 สรุปการประเมินสุขภาพช่องปาก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| มีปัญหา | 61 | 52.1 |
| ไม่มีปัญหา | 56 | 47.9 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 13 ความสะอาดของช่องปาก**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| สะอาด | 67 | 57.3 |
| ไม่สะอาด | 50 | 42.7 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 14 สุขภาพตาจากผลการคัดกรอง 5 ข้อ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่มีปัญหา (ตอบ "ไม่ใช่" ทุกข้อ) | 26 | 22.2 |
| มีปัญหา (ตอบ "ใช่" ข้อใดข้อหนึ่ง) | 91 | 77.8 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 15 Osteoporosis Self Assessment Tool for Asian (OSTA) index**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| เสี่ยงต่ำ (คะแนนมากกว่า -1) | 16 | 13.7 |
| เสี่ยงปานกลาง (คะแนน -4 ถึง -1) | 31 | 26.5 |
| เสี่ยงสูง (คะแนนน้อยกว่า -4) | 70 | 59.8 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 16 อาการข้อเข่าเสื่อม**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่ปวดเข่า (ปกติ) | 63 | 53.8 |
| ปวดเข่า | 53 | 45.3 |
| ไม่ตอบ | 1 | .9 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 17 สมรรถภาพสมองจากเกณฑ์ประเมิน 3ข้อคะแนนเต็ม5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ภาวะทางการรู้คิดปกติ (4คะแนนขึ้นไป) | 28 | 23.9 |
| บกพร่องทางการรู้คิด (3คะแนนลงมา) | 89 | 76.1 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 18 2Q**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ปกติ | 106 | 90.6 |
| มีความเสี่ยง | 11 | 9.4 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 19 9Q แบบประเมิน 9 ข้อคะแนนเต็ม 27**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่มีหรือมีอาการน้อยมาก (<7คะแนน) | 7 | 6.0 |
| มีอาการโรคซึมเศร้าน้อย (7-12 คะแนน) | 3 | 2.6 |
| มีอาการซึมเศร้าปานกลาง (13-18 คะแนน) | 1 | .9 |
| คะแนน2Q ปกติไม่ต้องถาม 9Q ต่อ | 106 | 90.6 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 20 8Q ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย (คะแนน 0) | 115 | 98.3 |
| มีแนวโน้มฆ่าตัวตายน้อย (1-8 คะแนน) | 2 | 1.7 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 21 ประวัติการหกล้ม 6 เดือนที่ผ่านมา**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่เคยหกล้ม | 100 | 85.5 |
| เคยหกล้ม | 17 | 14.5 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 22 Time Up and Go Test**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ปกติ (เดินได้-ถูกในเวลาไม่เกิน 12 วินาที) | 22 | 18.8 |
| มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (ใช้เวลา 12 วินาทีขึ้นไป) | 44 | 37.6 |
| ไม่ต้องประเมินเนื่องจากเดินไม่ได้ | 51 | 43.6 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 23 ภาวะกลั้นปัสสาวะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่มี (ปกติ) | 82 | 70.1 |
| มี (มีอาการปัสสาวะเล็ด/ราด) | 35 | 29.9 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 24 Mini nutritional assessment (คะแนนเต็ม 14)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ปกติ (12-14 คะแนน) | 53 | 45.3 |
| เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร (8-11 คะแนน) | 54 | 46.2 |
| ขาดสารอาหาร (0-7 คะแนน) | 10 | 8.5 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 25 ปัญหาการนอน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่มีปัญหา | 85 | 72.6 |
| นอนไม่หลับ | 26 | 22.2 |
| นอนมากไป | 5 | 4.3 |
| ปัญหาการนอนอื่นๆ | 1 | .9 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ตารางที่ 26 อาการง่วงอ่อนเพลีย**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| ไม่มีอาการ (ปกติ) | 107 | 91.5 |
| มีอาการง่วงอ่อนเพลียตอนกลางวัน | 10 | 8.5 |
| Total | 117 | 100.0 |

**4.2 ความต้องการรับการดูแลระยะยาว (long-term care need) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง สุโขทัย**

**ตารางที่ 27 ภาวะพึ่งพิงด้านร่างกาย (Barthel index for** **Activities of Daily Living: Barthel ADL. index**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequency | Percent |
| Independent (คะแนนตั้งแต่ 12 ขึ้นไป) | 64 | 54.7 |
| Partial Dependent (5-11 คะแนน) | 34 | 29.1 |
| Dependent (4 คะแนนลงมา) | 19 | 16.2 |
| Total | 117 | 100.0 |

**ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการมีเครือญาติดูแลสูงอายุที่บ้าน และเศรษฐานะของครอบครัวผู้สูงอายุ**

จากการสำรวจ พบว่าเกือบทั้งหมดมีเครือญาติในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเนื่องจาก ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายและเป็นสังคมชนบทที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี แต่ส่วนมากเศรษฐานะยากจนเพราะประกอบอาชีพเกษตรกรและลูกจ้างทั่วไป มีปัญหาภัยแล้งมาหลายปีและสองปีเศษที่ผ่านมาก็ได้รับผลกระทบอย่างมากจากสถานการณ์โรคโควิด-19

**บทที่ 5**

**สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**

จากการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่ผ่านๆมา มักใช้ Barthel ADL. indexเป็นหลัก ผู้นิพนธ์สังเกตว่าไม่ครอบคลุมถึงสถานะสุขภาพโดยรวม ภาระโรคและความต้องการรับบริการทางสุขภาพที่จำเป็นซึ่งไม่เพียงโรคทางกาย แต่ควรคำนึงถึงความเจ็บป่วยทางใจและความเชื่อมโยงถึงครอบครัวรวมทั้งชุมชนและสังคมด้วย จึงเป็นที่มาของโครงงานวิจัยนี้ซึ่งผู้นิพนธ์ตั้งใจที่จะสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดโดยไม่สุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ทำให้ได้ทราบและตระหนักว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเสมือนยอดภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg phenomenon) ที่มีความหลากหลายของภาระโรคที่ต้องคำนึงและควรมีแผนรองรับความต้องการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

รายงานประจำปี 2563 ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี เมืองเก่า แสดงถึง ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุโดยประเมินตามแบบ Barthel ADL. indexซึ่งเป็นกลุ่มที่คะแนน 0-11/20 มีจำนวน 117 ราย จากผู้สูงอายุทั้งหมด 3,478 ราย คิดเป็นความชุกที่ 3.36% ที่จริงแล้วเป็นตัวเลขของปีที่ผ่านมาซึ่งผู้นิพนธ์ได้ตระหนักดีและดำเนินแผนปฏิบัติการเข้ากระทำไปแล้ว เช่น การรักษาและสืบค้นเชิงรุกกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-Communicable Disease: NCD.) ในชุมชน โครงการสุขภาพชุมชน ลดฝุ่น PM 2.5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโรค หาเงินบริจาคมาสร้างอาคารกายภาพบำบัดพร้อมอุปกรณ์และเชิญแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและทีมกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลสุโขทัยมาช่วยดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ผลการวิจัยนี้จึงเป็นผลจากปฏิบัติการดังกล่าว ซึ่งผู้นิพนธ์ต้องการทราบว่าสามารถเปลี่ยนกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงให้กลายมาเป็นกลุ่มที่ติดสังคมได้มากน้อยเพียงไร ยังคงมีปัญหาสุขภาพอะไรอีกบ้าง โดยใช้ทั้งแบบประเมิน Barthel ADL.indexและแบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุเพื่อสำรวจว่า สถานะสุขภาพ ภาระโรค และความต้องการรับบริการทางสุขภาพที่ยังคงมีอะไรบ้าง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มึอายุเฉลี่ย 77.48 ปี เพศหญิง ต่อ เพศชาย = 64.1 : 35.9 ดัชนีมวลกาย(Body Mass Index: BMI.)เฉลี่ย = 21.77 ความดันโลหิตเฉลี่ย = 136.92/77.33 Fasting plasma glucoseเฉลี่ย = 105.21 สุขภาพร่างกายโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี สุขภาพจิตดีมาก ตัวเลขผู้สูงอายุที่กลับมามีสุขภาพดี(กลุ่มติดสังคม: Barthel ADL. index = 12-20) พบ 64 ราย (54.7%ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้) กลุ่มติดบ้าน: Barthel ADL. index = 5-11 จำนวน 34 ราย และกลุ่มติดเตียง(Barthel ADL. index = 0-4) จำนวน 19 ราย รวมกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีภาวะพึ่งพิงเหลืออยู่เพียง 53 ราย คิดเป็น 1.52% ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งต้องมาสำรวจว่ามีปัญหาหรือภาระโรคอะไรบ้าง เพื่อจะได้วางแผนและจัดลำดับความสำคัญในการจัดการปัญหาทางสุขภาพต่างๆ โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่

1) ภาวะเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน คำนวณจาก Osteoporosis Self assessment Tool for Asian: OSTA index = 86.3%

 2) ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม จากการทดสอบ Time Up and Go Test = 81.2%

 3) ปัญหาสุขภาพตา มองไม่ชัดเจน = 77.8%

 4) สมรรถภาพของสมอง มีความบกพร่องทางการรู้คิด (Cognitive impairment) = 76.1%

 5) จำนวนฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ = 72.6%

 6) ความเสี่ยงตอโรคหลอดเลือดและหัวใจ = 64.9%

 7) มีความเสี่ยงหรือเกิดภาวะทุโภชนาการ = 54.7%

 8) มีปัญหาสุขภาพช่องปาก = 52.1%

 9) อาการข้อเข่าเสื่อม = 46.7%

 10) ช่องปากไม่สะอาด = 42.7%

ปัจจุบัน สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย โดยรวมจากข้อมูล พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คือ 98.48% อยู่ในกลุ่มติดสังคม ควรส่งเสริมในทำกิจกรรมที่เหมาะสม เสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อและกระดูกโดยโภชนาการและการออกกำลังกายที่เหมาะกับวัย ป้องกันไม่ให้มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และฟื้นฟูสภาพให้มีสมรรถภาพที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ยังพบโรคหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมสภาพซึ่งถดถอยไปตามวัย ควรต้องให้การดูแลระยะยาวที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งผู้ดูแลบริบาล(Caregiver : CG) หลักคือ ทีมสหวิชาชีพของคลินิกหมอครอบครัว สมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้เคียงในชุมชน ที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง จากกรมอนามัยจำนวน 16 คน ทำให้ไม่เป็นภาระทางการเงินให้กับผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความผูกพันให้แน่น แฟ้มในครอบครัวและเสริมสร้างพลังโดยมีชุมชนรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลนี้ด้วย

