

สัดส่วนความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงหมากลาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

มะลิวรรณ พรหมสาขา ณ สกลนคร¹, ปิยธิดา คุหิรัญยรัตน์²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงหมากลาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

²ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Proportion of Long-Term Care Needs among Community dwelling Elderly in Ban Bung Mak Lan Health Promotion Hospital, Kumphawapi District, Udon Thani Province, Thailand

Maliwan Promsaka Na Skonnakhon¹, Piyathida Kuhirunyaratn²

¹Ban Bung Mak Lan Health Promotion Hospital Area, Kumphawapi District, Udon Thani Province

²Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักการและวัตถุประสงค์: สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก และควรจัดให้มีบริการการดูแลระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาสัดส่วนความต้องการการดูแลระยะยาวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบึงหมากลาน ตำบลปะโค อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ประชากรศึกษา คือ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 890 ราย สุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index: ADL) และภาวะสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ Odds Ratio 95%CI และ Adjusted Odds ratio

ผลการศึกษา: อัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 85.28 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สัดส่วนของความต้องการการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2.5 (95%CI: 1.15, 3.81) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแล

Background and objectives: The proportion and number of older people in Thailand are increasing dramatically and long-term care services should be provided in accordance with the context of the community. This study aimed to identify the proportion of long term care needs and related factors of the community dwelling elderly at Bung Mak Lan Health Promoting Hospital, Pako subdistrict, Kumphawapi District, Udon Thani Province.

Methods: A descriptive study was conducted. The study population comprised of the elderly aged 60 years and older. 890 samples were selected through simple random sampling method. The study tool was the questionnaire which divided into three parts: Sociodemographic, Activities of Daily Living (Barthel ADL index: ADL) and Health status. The data were collected by trained interviewers. The gathered data were analyzed by mean, SD, frequency, percentage, Odds Ratio, 95%CI and Adjusted Odds ratio.

Results: Response rate was 85.28%. Most of the elderly samples were females, married, completed the primary school. This study found the proportion of long term care needs was 2.5% (95%CI: 1.15, 3.81). Factors related to long term care needs were working status (AOR=0.01, 95% CI: 0.001, 0.03) Buddhism prayer group (AOR=0.24, 95%CI: 0.06, 0.93) Perceived health status (AOR= 9.21,

สุขภาพพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การประกอบอาชีพ (AOR 0.01 95% 0.001, 0.03) การเป็นสมาชิกกลุ่มสวดมนต์ (AOR 0.24 95%CI 0.06, 0.93) การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน (AOR 9.21 95% 2.26, 37.42) และการขึ้นทะเบียนผู้พิการ (AOR 15.93 95% 2.75, 92.27)

สรุป: ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงาน เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสวดมนต์ และกลุ่มผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ต้องการดูแล ควรมีการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพต่อเนื่อง รวมถึงพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีความพิการ เพื่อฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดความต้องการการดูแลสุขภาพพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน ต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการการดูแล, การดูแลพระยะยาว, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

95% CI: 2.26, 37.42) and disability registered (AOR=15.93, 95% CI: 2.75, 92.27).

Conclusions: The elderly should be promoted to work and join Buddhism prayer group. The elderly perceived health status that they need some care and should have health promotion, continuing care and for disability elderly should be developed health service systems in rehabilitation due to improve their quality of life and reduced the long term care needs of the elderly in community.

Keywords: care needs, long term care, older persons, community

ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(5): 468-75. • Srinagarind Med J 2017; 32(5): 468-75.

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วจากการคาดประมาณประชากร พบว่า ผู้สูงอายุไทย จะมีสัดส่วนที่เติบโตขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 38 ในปี ค.ศ. 2050¹ และยิ่งพบว่า อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชาชนไทย ในปี ค.ศ. 2017 ชายไทยอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดคิดเป็น 72.0 ปี ในขณะที่ผู้หญิงไทย มีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดคิดเป็น 78.8 ปี² ผลจากการที่ผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น และมีอายุยืนขึ้น ทำให้มีความต้องการในการดูแลพระยะยาวเพิ่มมากขึ้น^{1,3} และจะต้องมีการจัดระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

การต้องการในการดูแลพระยะยาว เป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งหมายถึง การจัดบริการสาธารณสุข บริการสังคม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ และความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบความยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการด้านต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ซราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีแบบทั้งเป็นทางการโดยแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และไม่เป็นทางการโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนผู้สูงอายุ และเพื่อนบ้าน⁴ เป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลพระยะยาวด้านสุขภาพในชุมชนคือ การที่ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง และมีระบบในการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ดูแลตามระดับความจำเป็นในการดูแลพระยะยาว ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี และสนับสนุนป้องกันมิให้เข้าสู่ภาวะพึ่งพิง⁴

เมื่อสูงวัย ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้

เกิดความเจ็บป่วย และต้องได้รับการดูแล⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพในระดับมาก ซึ่งเมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่า ผู้สูงอายุเห็นว่า ตนเองรับประทานยาหลายชนิด มีปัญหาจากการได้ยินลดลง และสายตาพร่ามัวมองไม่ชัด เป็นต้น ในด้านจิตใจ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีโดยมีความวิตกกังวลกลัวว่าลูกหลานจะทิ้ง ไม่ดูแล และกลัวการเกิดโรคประจำตัวในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุรับรู้และกังวลว่าตนเองมีปัญหากการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง เนื่องจากสภาพร่างกายไม่แข็งแรง และกังวลว่าตนเองมีคุณค่าไม่เท่าเทียมกับผู้อื่น และมีความสุขในการอยู่กับผู้อื่น⁶

จังหวัดอุดรธานีมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.71 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2568^{7,8} และในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ในจังหวัดอุดรธานีมีผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองตามแบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์ธเอลเอตี้แอล จำนวน 117,452 ราย ร้อยละ 97.77^{7,8} ซึ่งการคัดกรองนี้จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการในการดูแลพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน สอดคล้องปัญหาและความต้องการ โดยในการศึกษาค้นนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพพระยะยาวในชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในชุมชนบ้านบึงหมากลาน ตำบลปะโค อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประชากรศึกษาคือ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย จากทะเบียนรายชื่อประชากรในระบบ JHCIS ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงหมากกลาน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ประจำปี พ.ศ. 2559 จำนวนทั้งสิ้น 1,113 ราย

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม WinPepi version 11.63 ค่าความเชื่อมั่นในการสรุปผล Confident level (5%) = 95 Assumed proportion ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว ร้อยละ 11.9⁹ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ Acceptable 0.0119 Allow for loss of ร้อยละ 10 คำนวณขนาดตัวอย่างได้จำนวน 890 ราย จากนั้น คำนวณกลุ่มตัวอย่าง แยกตามหมู่บ้าน 12 หมู่บ้านตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ แล้วสุ่มอย่างง่าย (Simple Random sampling) จนได้รายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณได้

ความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาวในการศึกษานี้ หมายถึง ความต้องการการดูแลสุขภาพจากการคัดกรองความสามารถในเชิงปฏิบัติ ดัชนี บาร์ธเอลเดอีแอล (Barthel ADL index: ADL) ในผู้สูงอายุ⁴ โดยมีเกณฑ์แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและ (3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองไม่ได้ พึ่งพิง หรือทุพพลภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพระยะยาว คือ กลุ่มผู้สูงอายุดูแลตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และกลุ่มที่ดูแลตัวเองไม่ได้ พึ่งพิง หรือทุพพลภาพ⁴

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติ ดัชนี บาร์ธเอลเดอีแอล (Barthel ADL index: ADL)⁴ และสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งรวมทั้งแบบวัดภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ซึ่งมีค่า sensitivity = 0.84 และ specificity = 0.93¹⁰ เก็บข้อมูลโดยผู้ที่ผ่านการอบรมแล้ว จำนวน 12 ราย บันทึกข้อมูล และจัดทำฐานข้อมูลด้วย Microsoft และทำการ data double entry วิเคราะห์สถิติ โดยใช้ SPSS ภายใต้อิทธิพลของมหาวิทยาลัยขอนแก่น สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95, Odds ratio, Multiple logistic regression และการศึกษานี้ได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE591439

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้ มีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 85.28 (759 ราย) และพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 70.15 ± 7.15 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกร (ชาวนา-ชาวไร่) ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ คู่สมรส และบุตรสาว และเป็นสมาชิกกลุ่มฅมานกัจจสเคราะห์ และกลุ่มออมทรัพย์ ผู้สูงอายุสามารถรับข่าวสารหรือข้อมูลต่างๆ ในชีวิตประจำวันผ่านสื่อโทรทัศน์ และหออกระจายข่าว (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n=759)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	344 (45.3)
หญิง	415 (54.7)
อายุ (ปี)	
60-69	404 (53.2)
70-79	270 (35.6)
80-94	84 (11.2)
ศาสนา	
พุทธ	710 (93.5)
คริสต์	49 (6.5)
สถานภาพสมรส	
สมรส	492 (64.8)
หม้าย	230 (30.3)
หย่า	19 (2.5)
โสด	18 (2.4)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	18 (2.4)
ประถมศึกษา	703 (92.6)
มัธยมศึกษา และสูงกว่า	38 (5.0)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	54 (7.1)
รับจ้างทั่วไป	85 (11.2)
เกษตรกร (ชาวนา-ชาวไร่)	569 (75.0)
อื่นๆ	51 (6.8)
ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ	
ไม่มี	5 (0.7)
คู่สมรส	408 (53.8)
บุตร	255 (33.6)
บุตรเขย/สะใภ้	13 (1.7)
หลาน	52 (6.9)
อื่นๆ (ญาติ, เพื่อนบ้าน)	26 (3.4)
สมาชิกกลุ่มสังคม	
ชมรมผู้สูงอายุ	190 (25.0)
กลุ่มอาชีพ	43 (5.7)
กลุ่มออมทรัพย์	363 (47.8)
กลุ่มฅมานกัจจสเคราะห์	639 (84.5)
กลุ่มสวดมนต์	252 (33.2)
สื่อที่ผู้สูงอายุรับข้อมูลข่าวสาร	
โทรทัศน์	721 (95.2)
วิทยุ	569 (75.3)
หออกระจายข่าว	666 (88.1)
การพูดคุย	622 (82.2)

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 39.5) ถึงดีมาก (ร้อยละ 30.1) โรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.3) เบาหวาน (ร้อยละ 23.2) ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการ (ร้อยละ 14.9) การหลงลืมได้ก่อให้เกิดผลกระทบและปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 75.2) และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (n=759)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน	
ดีมาก	223 (30.1)
ดี	293 (39.5)
ปานกลาง	198 (26.7)
แย่มาก	11 (1.5)
ควรได้รับการดูแล	17 (2.3)
การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง	
ใช่	237 (31.3)
ไม่ใช่	592 (68.7)
การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน	
ใช่	176 (23.2)
ไม่ใช่	581 (76.8)
การขึ้นทะเบียนผู้พิการ	
ใช่	113 (14.9)
ไม่ใช่	643 (85.1)
การหลงลืมได้ก่อให้เกิดผลกระทบและปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน	
บ่อยมาก	14 (1.8)
บ่อย	69 (9.1)
บางครั้ง	569 (75.2)
แทบจะไม่มี	105 (13.9)
ภาวะซึมเศร้า 9Q (จากการประเมิน 2Q (n=759))	
< 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า	209 (83.6)
7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	41 (16.4)

3. ความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่า สัดส่วนของความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 2.5 (95%CI 1.15, 3.81) มีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ร้อยละ 0.7 (ตารางที่ 3)

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Bivariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิในที่พักอาศัย การพักอาศัยอยู่ตามลำพัง การเป็นสมาชิกกลุ่มสวดมนต์ การรับข่าวหรือข้อมูลต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยการพูดคุย การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน การขึ้นทะเบียนผู้พิการ และการหลงลืมรุนแรงขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 4)

และเมื่อนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน (Multi-variate analysis) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การประกอบอาชีพ การเป็นสมาชิกกลุ่มสวดมนต์ การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน และการขึ้นทะเบียนผู้พิการ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน

เกณฑ์การแบ่งผู้สูงอายุตามคะแนน ADI	จำนวน (ร้อยละ)	แปลผล	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป	740 (97.5)	ไม่มีภาวะพึ่งพิง	740 (97.5)
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน	14 (1.8)	มีภาวะพึ่งพิง ต้องการการดูแล	19 (2.5) (95%CI 1.15, 3.81)
ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน	5 (0.7)	สุขภาพระยะยาวในชุมชน	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุ (n=759)

ปัจจัย	ความต้องการการดูแลภาวะสุขภาพระยะยาว			p-value	Odds Ratio	95%CI
	ต้องการ (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ (ร้อยละ)	รวม			
เพศ						
ชาย	12 (3.5)	332 (95.6)	344 (100)	0.122	2.11	0.82, 5.41
หญิง	7 (1.7)	408 (98.3)	415 (100)			
อายุ (ปี)						
60-75	13 (1.9)	661 (98.1)	647 (100)	0.007*	3.86	1.42, 10.44
75 ปีขึ้นไป	6 (7.1)	79 (92.9)	85 (100)			
สถานภาพสมรส						
โสด	8 (3.0)	259 (97.0)	267 (100)	0.523	1.35	0.54, 3.40
สมรส	11 (2.2)	481 (97.8)	492 (100)			
ระดับการศึกษา						
ศึกษา	19 (2.5)	722 (97.5)	741 (100)	0.047*	0.21	0.05, 0.98
ไม่ได้ศึกษา	2 (11.1)	16 (88.9)	18 (100)			
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	13 (1.8)	692 (98.2)	705 (100)	< 0.001*	0.11	0.04, 0.28
ไม่ประกอบอาชีพ	8 (11.1)	48 (88.9)	54 (100)			
สิทธิ์ในที่พักอาศัย (n = 748)						
บ้านของตนเอง	14 (2.0)	675 (91.5)	689 (92.5)	0.048*	0.35	0.12, 0.99
ไม่ใช่บ้านของตนเอง	5 (8.5)	54 (91.5)	59 (100)			
การพักอาศัยอยู่ตามลำพัง (n = 750)						
ไม่ใช่	3.0 (17)	667 (97.5)	670 (100)	0.035*	0.14	0.02, 0.87
ใช่	2 (3.0)	64 (97.0)	66 (100)			
กลุ่มออมทรัพย์ (n = 757)						
ใช่	5 (1.4)	359 (98.6)	364 (100)	0.063	0.37	0.13, 1.05
ไม่ใช่	14 (3.6)	379 (96.4)	393 (100)			
กลุ่มสวดมนต์						
ใช่	2 (0.8)	250 (99.2)	252 (100)	0.050*	0.23	0.05, 1.01
ไม่ใช่	17 (3.4)	490 (96.6)	507 (100)			
การรับข้อมูลข่าวสารทางโทรทัศน์ (n = 757)						
ใช่	17 (2.4)	704 (97.6)	721 (100)	0.246	0.41	0.09, 1.84
ไม่ใช่	2 (5.6)	34 (94.4)	36 (100)			
การรับข้อมูลทางหอกระจายข่าว (n = 756)						
ใช่	14 (2.1)	652 (97.9)	666 (100)	0.059	0.36	0.13, 1.04
ไม่ใช่	5 (5.6)	85 (94.4)	90 (100)			
การรับข่าวหรือข้อมูลต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยการพูดคุย (n = 757)						
ใช่	17 (2.7)	605 (97.5)	622 (100)	<0.001*	0.19	0.09, 0.38
ไม่ใช่	19 (2.5)	133 (98.5)	152 (100)			
การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน (n = 725)						
ควรได้รับการดูแล	8 (3.8)	201 (96.2)	209 (100)	0.003*	10.23	2.15, 48.58
ปกติ	2 (0.4)	514 (99.6)	516 (100)			
การขึ้นทะเบียนผู้พิการ (n = 756)						
ใช่	10 (8.8)	103 (91.2)	113 (100)	< 0.001*	6.84	2.71, 17.23
ไม่ใช่	9 (1.4)	634 (98.6)	643 (100)			
การหลงลืมรุนแรงขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (n = 757)						
ใช่	2 (18.2)	9 (81.8)	11 (100)	0.005*	9.52	1.91, 47.47
ไม่ใช่	17 (2.3)	729 (97.7)	746 (100)			
ตามแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q (n = 250)						
ไม่มี	7 (3.3)	202 (96.7)	209 (100)	0.247	0.43	0.08, 1.77
มี	3 (7.3)	38 (92.7)	41 (100)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงซ้อน

ตัวแปร	p-value	Adjusted Odds Ratio	95%CI
อายุ (ปี)	0.768	1.23	0.31, 4.86
ระดับการศึกษา (ได้เรียน/ไม่ได้เรียน)	0.626	0.31	0.01, 33.02
การประกอบอาชีพ (ทำงาน/ไม่ได้ทำงาน)	<0.001*	0.01	0.001, 0.034
สิทธิในที่พักอาศัย (เจ้าของ/ไม่ใช่เจ้าของ)	0.350	0.47	0.10, 2.25
การพักอาศัยอยู่ตามลำพัง (ใช่/ไม่ใช่)	0.274	0.38	0.07, 2.12
การเป็นสมาชิกกลุ่มสวดมนต์ (ใช่/ไม่ใช่)	0.040*	0.24	0.06, 0.93
การรับข่าวหรือข้อมูลต่างๆ โดยการพูดคุย (ใช่/ไม่ใช่)	0.996	0.99	0.19, 5.12
การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน (ควรได้รับการดูแล/ปกติ)	0.001*	9.21	2.26, 37.42
การขึ้นทะเบียนผู้พิการ (ใช่/ไม่ใช่)	0.002*	15.93	2.75, 92.27
การหลงลืมรุนแรงขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ใช่/ไม่ใช่)	0.071	141.26	0.64, 308.97

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่เฉลี่ยเป็นผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี นับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา Sihapark และคณะ⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงและอายุ 70 ปี นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการทำงาน และมีอาชีพเกษตรกร (ชาวนา-ชาวไร่) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuhirunyaratn และคณะ¹⁶ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นชาวนา-ชาวไร่ ในส่วนของการมีส่วนร่วมในสังคม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และกลุ่มออมทรัพย์ สอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์มากที่สุด (ร้อยละ 41.2) รองลงมาคือ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ และลูกเสือชาวบ้าน¹¹

ผู้สูงอายุรับข่าวสารหรือข้อมูลต่างๆ ในชีวิตประจำวันผ่านสื่อโทรทัศน์ และหอกระจายข่าว สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มในการดูโทรทัศน์ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน กล่าวคือ ร้อยละ 62.9, 73.4, 81.3 และ 84.6 ในปี พ.ศ. 2532, 2537, 2546 และ 2551 ตามลำดับ¹² ในส่วนของการรับข้อมูลข่าวสารผ่านหอกระจายข่าวพบว่า สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีกับการเผยแพร่ ที่พบว่าผู้รับข่าวสารจาก

หอกระจายข่าว ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เนื้อหาข่าวสารที่ตรงกับความสนใจ และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาตอบกลับในประเด็นต่างๆ รวมถึงการมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานหอกระจายข่าวสารในชุมชนอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน¹³

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ถึงดีมาก แตกต่างจากการศึกษาของ เพชรา อินทรพานิช ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง¹⁴ เนื่องจากมีความแตกต่างกันในส่วนของบริบทพื้นที่ ที่ชุมชนบ้านมุ่งหมากลานนี้ เป็นชุมชนกึ่งเมือง ที่มีการท่องเที่ยว เนื่องจากอยู่พื้นที่ของทะเลบัวแดง ซึ่งมีเศรษฐกิจค่อนข้างดี มีการไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sihapark และคณะ⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหลายโรค ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ที่ยังไม่ปรากฏภาวะแทรกซ้อนชัดเจน นอกจากนี้ พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ สอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า ประเทศไทยมีผู้พิการประมาณ 1.5 ล้านคน และกล่าวว่าผู้พิการจะเพิ่มขึ้นจากกลุ่มผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ ซึ่งในประเด็นนี้นำไปสู่ความต้องการในการดูแลระยะยาว

ในประเด็นของสุขภาพจิต พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุ มีการหลงลืมได้ก่อให้เกิดผลกระทบและปัญหา และมีภาวะ ซึมเศร้า น้อยกว่าการศึกษาของ Sihapark และคณะ^๙ ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ศึกษา ในครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุต่ำกว่า 69 ปี) ก็อาจเป็นผล ให้ผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนมีภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างได้

สัดส่วนของความต้องการการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีสัดส่วนน้อยกว่าการศึกษาของ Sihapark และคณะ^๙ และมีสัดส่วนน้อยกว่าการสำรวจ และ คัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี^{๑๐} ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี ซึ่งอาจยังไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ และเกิดความพิการขึ้น ดังจะเห็นได้จากการรับรู้ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีสัดส่วนในระดับดีค่อนข้างสูง (ตารางที่ 4)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความต้องการการดูแลสุขภาพระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณเอง ควรได้รับการดูแล มีโอกาสที่จะมีความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาว คิดเป็น 9.21 เท่า ของผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณเองปกติ (ตารางที่ 5) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Hu และคณะ^๙ ในปี ค.ศ.2012 ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณเอง ควรได้รับการดูแล มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁵ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Sihapark และคณะ^๙ ที่พบว่า ตนเองรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง มีความสัมพันธ์ กับภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว

นอกจากนี้พบว่า การขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ เป็นปัจจัย ที่มีผลต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาวใน ผู้สูงอายุที่มีผลสูงที่สุด (AOR = 15.93) ซึ่งความพิการใน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เกิดจากโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ ซึ่งได้แก่ การหกล้ม ซึ่งการหกล้มนี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะทุพพลภาพ และความต้องการการดูแลระยะยาวของ ผู้สูงอายุในที่สุด^๑

ในส่วนของการทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยการสวดมนต์ ซึ่ง 2 ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยป้องกัน และที่ทำให้ ผู้สูงอายุได้เป็นส่วนหนึ่งและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social integration) ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นทั้งผู้ให้และเป็น ผู้รับการสนับสนุนทางสังคม¹⁶ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของ ตนเอง และมีความสุขสงบทางใจ⁶ สอดคล้องกับการศึกษา

ในญี่ปุ่นที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัย ป้องกันภาวะพึ่งพิง ลดความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะ ยาว¹⁷

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ อาจยังไม่สามารถ อธิบาย และระบุปัจจัยอื่นๆ ได้อย่างแน่ชัด เนื่องจากการ ศึกษาเชิงพรรณนา ดังนั้น หากต้องการค้นหาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์ จึงควรทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ เพื่อค้นหา และ ยืนยันปัจจัยต่อไป

สรุป

สัดส่วนของความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาว ของผู้สูงอายุในชุมชน ร้อยละ 2.5 (95%CI 1.15, 3.81) และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพระยะยาว ของผู้สูงอายุในชุมชน คือ การประกอบอาชีพ (AOR 0.01 95% 0.001, 0.03) การเป็นสมาชิกกลุ่มสวดมนต์ (AOR 0.24 95% 0.06, 0.93) การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน (AOR 9.21 95% 2.26, 37.42) และการขึ้นทะเบียนผู้พิการ (AOR 15.93 95% 2.75, 92.27)

ข้อเสนอแนะ

เพื่อลดความความต้องการในการดูแลสุขภาพระยะยาว ของผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงาน และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสวดมนต์ ให้ความสำคัญกับ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพว่าคุณเองต้องการได้รับการดูแล และ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ ที่มีความพิการควรมีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแล ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้พิการพัฒนาระบบ การเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี และลดความต้องการการดูแลสุขภาพระยะยาวของ ผู้สูงอายุในชุมชน ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ผู้วิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอกุมภวาปี/ตำบล ผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัคร สาธารณสุขทุกท่าน ในพื้นที่ดำเนินการศึกษาที่ได้ให้ความ ร่วมมือช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และผู้สูงอายุทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และ เสียสละเวลาให้มาร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Knodel JE, Bussarawan Teerawichitchainan, Wirapom Pothisiri. Caring for Thai Older Persons with Long-term Care Needs. PSC Research Report Michigan: Population Studies, Center University of Michigan, Institute for Social Research; 2016.
- Mahidol Population Gazette. Population of Thailand/ Estimated Population at Midyear 2017 (1st July). Nakhonpathom Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2017.
- Chuakhamfoo Naline, Pannarunothai Supasit. Long-term care: what Thailand needs? BMC Public Health 2014; 14(Suppl 1): P6.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
- มลฤดี โพธิ์พิचारย์. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ กระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2559.
- จิณณ์นิชา พงษ์ดี, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 3: 561-76.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานประจำปี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2559.
- กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขอุดรธานี. สถานการณ์สุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้พิการ อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2560 [cited April 7, 2017]. Available from: <https://sites.google.com/site/udplan/old>.
- Sihapark S, Kuhirunyaratn P, Chen H. Severe Disability Among Elderly Community Dwellers in Rural Thailand: Prevalence and Associated Factors. Ageing International 2014; 39: 210-20.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557) Guidebook of Depressive Disorders Surveillance and Care : Provincial Level (Revised Edition III ; 2014). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2014.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจสี่มวชน พ.ศ. 2551 (วิทยุและโทรทัศน์). กรุงเทพฯ: สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาคม; 2551.
- กลุ่มพัฒนาและเผยแพร่เทคโนโลยี. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของหอกระจายข่าวสาร [press release]. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี กรมส่งเสริมการเกษตร, 2556.
- เพชร อิศรพานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองอุดรธานี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2536.
- Hu YN, Hu GC, Hsu CY, Hsieh SF, Li CC. Assessment of Individual Activities of Daily Living and its Association with Self-Rated Health in Elderly People of Taiwan. International Journal of Gerontology 2012; 6: 117-21.
- Kuhirunyaratn P, Pongpanich S, Somrongthong R, Love EJ, Chapman RS. Social support among elderly in Khon Kean Province, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2007; 38: 936-46.
- Murata S, Oyama M, Murata J, Otao H, Toyota K, Tsuda A. Relevant Factors of the Activities of Daily Living in Community-Living Elderly—Evaluation of Gender Differences—. Japanese Journal of Behavioral Medicine 2010; 15: 52-60.

