



รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัยเรื่อง

การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย

The development of family and community potential for elderly
health care in Nakhon Si Thammarat province Thailand.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศุภมาตริ อัสสระพันธุ์
อาจารย์วิณา ธิติประเสริฐ
อาจารย์นายแพทย์ยุทธนา ศิลปรัสมิ

ได้ทุนสนับสนุนงานวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์คุณมาตร อัสระพนธ์ อาจารย์วัฒนา รัตประเสริฐ อาจารย์นายแพทย์ยุทธธน ี ศลบทสม
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน เพื่อศึกษาความสามารถของดัชนีชี้วัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ เพื่อศึกษาความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนายการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 59.8 สมรส (ยังอยู่กับคู่ครอง) ผู้สูงอายุร้อยละ 44.5 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.4 จบการศึกษาระดับชั้น ป.4 ผู้สูงอายุร้อยละ 50 ไม่มีรายได้เป็นของตนเองนอกจากรายได้จากผู้อื่นให้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 ต้องการมีสุขภาพดี รองลงมาร้อยละ 19.0 ต้องการเงิน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 15 มีความรู้สึก หดหู่ เศร้า ท้อแท้ ร้อยละ 14.7 มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 27.3 มีความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร $r=.319$, $p < .05$ ร้อยละ 18.7 มีความรู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เป็นบางวันใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 19.3 มีอาการหลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไปเป็นบางวันใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 21.8 มีอาการเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง ร้อยละ 21.8 มีอาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป ร้อยละ 8 ที่มีความรู้สึกไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ $r=.326$, $p < .05$ ร้อยละ 6.6 มีอาการสมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ ร้อยละ 3.2 มีอาการปวดขา ทำอะไรช้า หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ $r=.368$, $p < .05$ ร้อยละ 1.7 หรือ 6 คนที่คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี ผู้สูงอายุร้อยละ 92.33 ยังไม่มีภาวะพึ่งพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน สถิติทดสอบ Pearson Chi - Square Test ค่า Contingency อายุกับดัชนีมวลกาย $r=.684$, $p < .05$ และพบความสัมพันธ์กลุ่มอายุกับอาชีพ $r=.521$, $p < .05$ และ กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวัน $r=.513$, $p < .05$ ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับดัชนีลอว์ตัน ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ $r=.387$, $p < .05$ การเตรียมปรุงอาหาร $r=.271$, $p < .05$ การจับจ่ายซื้อของ $r=.352$, $p < .05$ การทำงานบ้าน $r=.348$, $p < .05$ การซักผ้า $r=.273$, $p < .05$ การใช้จ่ายเงิน $r=.355$, $p < .05$ และการรับประทานยา $r=.472$, $p < .05$ พบผู้สูงอายุมีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ 159 คน ร้อยละ 45.69 พบโรคเบาหวานสูงสุดร้อยละ 27.04 รองลงมา โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 17.61 สภาพที่อยู่อาศัยที่สอดคล้องดัชนีบาร์เทิลได้แก่ ห้องส้วม ห้องอาบน้ำ ห้องนอน ห้องครัว บันได สภาพภายในบ้าน สภาพภายนอกบ้าน พบว่าที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องด้านการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง 6 โรคเฉลี่ยร้อยละ 27.67 ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องด้านการ

ปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค ตามหลักการ
กายภาพบำบัดเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง 6 โรคเฉลี่ยร้อยละ 45.67 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ปฏิบัติการด้านการจัดการผลต่อโรคเบาหวานให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่ถูกต้องร้อยละ 55 การ
พัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทยให้
ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ต้องพัฒนาศักยภาพ
ครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการศาสตร์ บูรณาการพันธกิจจากหลายหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง โดยนำปัญหาผู้สูงอายุที่พบ มาเป็นฐานในการวางแผน ออกแบบรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องตรง
ตามความต้องการของผู้สูงอายุ บริหารจัดการให้ผู้เกี่ยวข้องระดับบุคคลผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น
ร่วมออกแบบวางแผน โดยท้องถิ่นเป็นแกนนำ องค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จ คือภาวะผู้นำ มีอำนาจการ
ตัดสินใจ มีระบบกลไกการวางแผนที่ดีร่วมกันทุกขั้นตอน มีทรัพยากรที่เพียงพอจึงจะเกิดความยั่งยืน และมี
ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

The development of family and community potential for elderly health care in Nakhon Si Thammarat province Thailand.

Asst.prof.Supamart Issarapun

Aj.veene titiprasert

Aj.Dr.Yuthana sinparusamee

Faculty of Science and Technology Nakhon Si Thammarat Rajabhat University

Abstract

The development of family and community potential for elderly health care in Nakhon Si Thammarat province Thailand was to study the relationship between the health problems and ADL of the elderly in their families and communities. To use the housing and communities basic indicators for prediction ADL of the elderly in their families and communities in independence moderate dependent and completely dependence groups. To determine the ability of the index to predict the potential for family health. To study health promotion, illness prevention, rehabilitation, and health care for the elderly in independence moderate dependent and completely dependence groups. The sample was the elderly aged 60+ that were registered attendees. The results were the aging 59.8% married and still live together with spouses, 44.5% were daily workers, 68.4% were graduating primary school, 50% were no income of their own income from others. 71.6% needs good health and 19% needs money. The depression in the elderly; 15% were feeling depressed, sad, frustrated, 14.7% were feeling tired do not enjoy, 27.3% were feeling like doing anything ($r=.319$, $p < .05$), 18.7% were an uneasy feeling depressed, frustrated a few days in one week, 19.3% were difficulty sleeping or sleeping too much in a few day in one week, 21.8% were feeling tired or had little energy, 21.8% were anorexia or overeating, 8% were have not a good time or work that requires attention ($r=.326$, $p < .05$), 6.6% were poor concentration time to do something or work that requires attention, 3.2% were restlessness, slow to speak, slow to do anything, can still be ($r=.368$, $p < .05$), 1.7% were hurt themselves or thought to be dead as well, restlessness, slow to speak, slow to do anything. The aging 92.33% were independence on ADL. The relationship between the health problems and ADL ability of the elderly in their families and communities used Pearson Chi – Square Test & Contingency found the relationship between age group and BMI ($r=.684$, $p < .05$) age group and careers ($r=.521$, $p < .05$) age group and income per day ($r=.513$, $p < .05$). The relationship between the age group and IADL ability of the elderly were use telephone ($r=.387$, $p < .05$), food preparation ($r=.271$, $p < .05$), shopping ($r=.352$, $p < .05$), housekeeping ($r=.348$, $p < .05$), Laundry ($r=.273$, $p < .05$), handle finances ($r=.355$, $p < .05$), and own medications ($r=.472$, $p < .05$). The aging have chronic diseases 45.69%, most of them was diabetes 27.04% and high

cholesterol 17.61%. The Residential elderly involve ADL index such as toilet room, bathroom, bedroom, kitchen room, stair, inside and outside resident found all of them were under basic standard 100%. The 27.67% caregivers were less skill on food preparing for the elderly in 6 chronic diseases (diabetes, hypertension, heart disease, stroke, paralysis, obesity). The 45.67% caregivers were less skill on primary physical therapy for the moderate dependence and completely dependence elderly in 6 chronic diseases. The 55% caregivers were less skill on cleaning diabetic ulcers. The development of family and community potential for elderly health care in Nakhon Si Thammarat province Thailand to have more efficiency and more effectiveness should be use techniques integration among many science and related agencies, include compliance requirements of the aging. The efficiency and more effectiveness of the project is the leadership and decision-making power, adequate resources to achieve sustainability.

Keywords: Aging, ADL, IADL, Caregiver

คำนำ

รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด นครศรีธรรมราช ประเทศไทยฉบับนี้ เพื่อปัจจัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการพึงพิงกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และศักยภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ กับการพึงพิงกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือการบูรณาการศาสตร์ และบูรณาการพันธกิจ กับหลาย ๆ หน่วยงาน ผลการวิจัยมีประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยท้องถิ่น การจัดการเรียนการสอน การ เตรียมสู่สังคมผู้สูงอายุในงานวิจัยฉบับต่อไป

นางศุภมาตร์ อีสระพันธุ์
นางวีณา ธิติประเสริฐ
นายแพทย์ยุทธนา ศิลปรัสมิ์
นักวิจัย

กตัตถกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด นครศรีธรรมราช ประเทศไทยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้เนื่องจากได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนอย่างดียิ่ง จากบุคลากรหลายหน่วยงาน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารเทศบาลตำบลที่ร่วมเป็นเครือข่ายกับคณะ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ขอขอบคุณอาสาสมัคร สาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ยินดีให้ความ ร่วมมือให้ข้อมูลนักวิจัยอย่างจริงใจเปิดเผย ขอขอบคุณบุคลากรและนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคณะวิทยาศาสตร์และ เทคโนโลยีที่สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกหลายประการในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราช ภัฏนครศรีธรรมราชที่เป็นต้นสังกัดและสนับสนุนทรัพยากรในการทำวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการ วิจัยแห่งชาติที่ตัดสินคุณภาพโจทย์วิจัย ขอขอบคุณสำนักงานงบประมาณแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการทำ วิจัยครั้งนี้

นางศุภมาตร์ อีสสระพันธุ์
นางวิณา ธิติประเสริฐ
นายแพทย์ยุทธนา ศิลปรัสมิ
นักวิจัย

สารบัญ

บทคัดย่อ		ก
Abstract		ข
กิตติกรรมประกาศ		ค
สารบัญ		ง
บทที่	รายละเอียด	หน้า
1	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
	ขอบเขตการวิจัย	4
	กรอบแนวคิดการวิจัย	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
2	แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
	แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
	ผู้สูงอายุ	6
	ดัชนีบาร์เทลและดัชนีลอว์ตัน	9
	แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและแบบประเมิน	10
	ดัชนีชี้วัดมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง	11
	แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	16
	มาตรฐานที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ	16
3	วิธีดำเนินการวิจัย	20
	รูปแบบการวิจัย	20
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	21
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	22
	การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	23
4	ผลการวิจัย	27
	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ	27
	ผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน	27
	ข้อมูลทั่วไป	27
	ข้อมูลภาวะซึมเศร้า	32
	ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทล (ADL) 8 ด้าน	43
	ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุตามดัชนีลอว์ตัน (IADL) 10 ด้าน	45
	ข้อมูลสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองและการตรวจสุขภาพ	51
	ปัจจัยด้านปัญหาด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	52

บทที่

รายละเอียด

หน้า

	ความสามารถของดัชนีชีวัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนุบำรุงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์	56
	ห้องส้วม	56
	ห้องอาบน้ำ	62
	บันได	67
	ห้องนอน	71
	ห้องนอนและเตียงนอน	72
	ห้องครัว	75
	สภาพภายในบ้าน	78
	สภาพภายนอกบ้าน	79
	ความสามารถของดัชนีชีวัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุบำรุงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์	80
	ข้อมูลทั่วไป	81
5	สรุปผล อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ	85
	สรุปผล	85
	อภิปรายผล	88
	ข้อเสนอแนะ	91
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	91
	บรรณานุกรม	92
	ภาคผนวก	96
	แบบประเมินที่อยู่อาศัย	97
	ดัชนีชีวัดของบาร์เทล	99
	ดัชนีชีวัดลอว์ตัน	102
	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	105

ตารางที่	สารบัญญัตินำ เรื่อง	หน้า
	สถานภาพสมรสผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุ	28
4.1	อาชีพปัจจุบันกับกลุ่มอายุผู้สูงอายุ	28
4.2	การเปรียบเทียบระดับการศึกษากับเพศของผู้สูงอายุ	29
4.3	ที่มาของรายได้ผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุ	30
4.4	กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวันของผู้สูงอายุ	30
4.5	ความต้องการสูงสุดของผู้สูงอายุ	31
4.6	ความรู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้ ของผู้สูงอายุ	32
4.7	ความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินของผู้สูงอายุ	33
4.8	ความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไรของผู้สูงอายุ	34
4.9	ความบ่อยกับความรู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ของผู้สูงอายุ	35
4.10	อาการหลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไปของผู้สูงอายุ	36
4.11	อาการเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรงของผู้สูงอายุ	37
4.12	อาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	38
4.13	ความรู้สึกไม่ดีเวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ	39
4.14	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ	40
4.15	การพูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ของผู้สูงอายุ	41
4.16	การคิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีของผู้สูงอายุ	42
4.17	ผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL)	43
4.18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับดัชนีบาร์เทิล (ADL)ของผู้สูงอายุ	44
4.19	พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์ของผู้สูงอายุ	46
4.20	กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการเตรียมปรุงอาหารตามดัชนีลอว์ตัน	47
4.21	กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการจับจ่ายซื้อของตามดัชนีลอว์ตัน	47
4.22	กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการทำงานบ้าน ตามดัชนีลอว์ตัน	48
4.23	กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการเดินทางตามดัชนีลอว์ตัน	49
4.24	กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการซักกรีด ตามดัชนีลอว์ตัน	49
4.25	กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการซักกรีด ตามดัชนีลอว์ตัน	50
4.26	กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการรับประทานยาตามดัชนีลอว์ตัน	51
4.27	ร้อยละ และจำนวนผู้สูงอายุระดับน้ำตาลในเลือด	53
4.28	ร้อยละ และจำนวนผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุตามภาวะปกติ เสี่ยง ป่วยตามระดับน้ำตาลในเลือด	53
4.29	ดัชนีมวลกายกับเพศของผู้สูงอายุ	54
4.30	รอบเอวผู้สูงอายุ	54
4.31		

สารบัญภาพ

ภาพที่	เรื่อง	หน้า
4.1	โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่พบในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	52
4.2	ห้องส้วมที่ปลอดภัยตามมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ	58
4.3	ตัวอย่างห้องส้วมในที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย	60
4.4	ที่อาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุ	64
4.5	ภาพตัวอย่างห้องอาบน้ำบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ	67
4.6	บันไดผู้สูงอายุตามมาตรฐานขั้นต่ำ	68
4.7	บันไดสำหรับผู้สูงอายุ	69
4.8	ตัวอย่างบันไดบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย	69
4.9	เตียงนอนผู้สูงอายุที่เหมาะสม	73
4.10	ตัวอย่างห้องนอนของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย	74
4.11	ตัวอย่างห้องครัวบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย	75
4.12	ตัวอย่างสภาพภายในบ้านผู้สูงอายุ	78
4.13	ตัวอย่างสภาพภายนอกบ้านผู้สูงอายุ	80

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
4.32	กลุ่มอายุ กับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้สูงอายุ	55
4.33	ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุ	55
4.34	ลักษณะส้วมบ้านผู้สูงอายุ	56
4.35	ราวจับในส้วม	56
4.36	พื้นห้องส้วม	57
4.37	ระดับพื้นส้วม	57
4.38	ความสะอาดเป็นระเบียบ	57
4.39	ห้องอาบน้ำ	60
4.40	ที่อาบน้ำผู้สูงอายุ	63
4.41	ความปลอดภัยของห้องส้วมห้องอาบน้ำ	63
4.42	บันได	67
4.43	ราวจับบันได	67
4.44	ห้องนอน	71
4.45	เบาะรองนอน	71
4.46	สภาพเตียง	72
4.47	สภาพโดยรวมในห้องนอน	72
4.48	ห้องครัว	75
4.49	สภาพภายในบ้าน	78
4.50	สภาพภายนอกบ้าน	79
4.51	ร้อยละ จำนวนการจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย	82
4.52	ร้อยละ จำนวนการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้น	82

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้คำนิยามผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป เกณฑ์สังคมผู้สูงอายุ เป็นการนำเอานิยาม “การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) และ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) ขององค์การสหประชาชาติ (UN) มากำหนดเป็นเกณฑ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังการเป็นสังคมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เกณฑ์การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุหมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป เกณฑ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่ในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป เกณฑ์ปกติ หมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราน้อยกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราน้อยกว่าร้อยละ 7

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ระหว่าง 65-69 ปี หรือ 60 กว่าๆ ขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2548 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มถึง 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี 2563 นับเป็นการเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าภายในเวลา 20 ปีข้างหน้า คาดว่าสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวในปี พ.ศ. 2558 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 1,644,685 คน หรือร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ โดยต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนไหวกว่าจำนวน 412,910 คน หรือร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ ต้องนอนบนเตียงไม่สามารถลุกนั่งเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน หรือร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตนจำนวน 602,316 คน หรือร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ

ปัญหาการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทยอย่างรวดเร็ว จาก 7 ล้านคน (ร้อยละ 10.7) เป็น 14.5 ล้านคน (ร้อยละ 20) ในปี 2568 หรืออีก 14 ปีข้างหน้า นับว่าเป็นการก้าวสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” อย่างรวดเร็ว เป็น 2 เท่าในระยะเวลาอันสั้น และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครอบครัวมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.3 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความรู้สึกเหงา ร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเวลาเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ต้องการคนดูแลเป็นบางเวลา ร้อยละ 52.2 และ ต้องการคนดูแลตลอดเวลา ร้อยละ 10.2 ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 69.3 เป็นโรคเรื้อรัง และจะพบโรคเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 90 ปี เป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อย

ละ 7 อัมพาต/อัมพพฤษ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และ โรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ (นพ.สมพงษ์ สุกอสิริยากรณ : 2554)

ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันพบว่าครอบครัวเดียวทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละครอบครัวลดลง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการอาศัยกับครอบครัวเพราะเชื่อมีผู้ดูแล ไม่ต้องการอยู่สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ:2554) ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมากขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา ความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมประจำวัน พบว่าร้อยละ 93 เป็นกลุ่มคนที่ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 7 พึ่งพาผู้อื่นเมื่อปฏิบัติกิจส่วนตัว ทุก 1 ใน 4 ทพพลภาพ ทุก 1 ใน 5 ทพพลภาพระยะยาว(มากกว่า 6 เดือน) ร้อยละ 11.5 พึ่งพาผู้อื่นเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 45 พึ่งพาผู้อื่นเมื่อใช้การขนส่ง ร้อยละ 28 ของเตียงผู้ป่วยคือผู้สูงอายุ (นพ มนุ วาทีสุนทร,2554) จากการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 4,048 คน พบว่า ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุทั้งหมดจำเป็นต้องมีผู้ดูแลร้อยละ 1.6 ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด และมากกว่าครึ่งหนึ่งในร้อยละ 1.6 นั้นต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. : 2542)

เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อยืดอายุการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ได้ยาวนานที่สุด สถาบัน ชุมชน และครอบครัว ต้องจัดให้มีการส่งเสริมป้องกันโรค หรือให้เป็นโรคช้าลง ตลอดจนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ต้องมีการจัดระบบมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดีของสถานบริการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนธุรกิจการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบ้านด้วย การจัดระบบการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนและครอบครัว เช่น การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การใช้วัดเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจะเป็นการใช้ท้องถิ่นเป็นฐานในการบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ รวมถึงจัดให้มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน (อสส.) ส่งเสริมการจ้างแรงงานผู้สูงอายุ เพื่อสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุร้อยละ 39 ที่ยังสามารถทำงานได้ดี ร้อยละ 65 ทำงานภาคเกษตร ร้อยละ 42 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ไม่ได้ทำงานร้อยละ 61 อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการดำรงตนยังเป็นประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนเพิ่มการออม (Saving) ให้กับ หรือจัดให้มีระบบ Home Health Care เพื่อประสานงานร่วมกับอาสาสมัครเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด รวมทั้งจัดระเบียบกฎหมายและมาตรฐานปฏิบัติต่างๆ (<http://www.tantee.net> ค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555)

ประเทศที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยพึ่งพิงมากกว่าวัยแรงงานจึงจำเป็นต้องมีมาตรการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และสำคัญที่สุดคือครอบครัว ครอบครัวใดที่มีผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ย่อมมีการดูแลที่แตกต่างกัน หากครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทุกชีวิตในครอบครัวนั้น ๆ รวมถึงชุมชน สังคม

การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย จะส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรของประเทศ เนื่องจากวัยพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะถดถอยทางกายภาพของผู้สูงอายุ และวัยแรงงานลดลง แม้ประเทศไทยจะมีการวางนโยบายและจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ 2525-2544) การกำหนดนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ 2553-2554) การบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 การจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (พ.ศ 2542) การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ 2545-2564) ที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นและการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ 2546 เพื่อใช้เป็นกฎหมายที่จะเอื้อให้เกิดโครงสร้าง องค์กรและระบบ

บริหารจัดการที่รองรับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ แต่การปฏิบัติตามนโยบายและแผนต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นยังไม่สามารถบรรลุผลอย่างชัดเจนในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องมาจากข้อจำกัดและเงื่อนไขของกลไกการขับเคลื่อนที่ไม่เอื้อต่อการกิจ รวมทั้งการขาดการบูรณาการ การนำองค์ความรู้ทางวิชาการมาเพื่อชี้แนะทางการปฏิบัติที่เหมาะสม (สภาวิจัยแห่งชาติ, 2555)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ได้แก่ กลุ่มที่ 1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 78 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพดี ยึดระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ โดยการสร้างกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมจิตอาสา กลุ่มที่ 2) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีจำนวนร้อยละ 20 มุ่งเน้นกิจกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ Home Care / Home Health Care กลุ่มที่ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ มีจำนวนร้อยละ 2 มุ่งเน้นลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน และมีผู้ดูแล เน้นการดูแลแบบ Home Care / Home Health Care โดยเจ้าหน้าที่ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมบำบัด ซึ่งโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2551 โดยการสร้างตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ปัจจุบันมีตำบลต้นแบบ จำนวน 76 แห่ง

ตำบลต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้วย 6 กลยุทธ์ได้แก่ 1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4) มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และ กลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) (<http://www.anamai.moph.go.th> ค้นเมื่อ 28 มกราคม 2556)

การวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาศักยภาพของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อวิเคราะห์สิ่งที่ขาดหายไปจากระบบและกลไกการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นฐานครอบครัว และชุมชน เพื่อนำสู่การกำหนดยุทธศาสตร์สังคมผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระดับต่าง ๆ จนถึงระดับชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ผลผลิตจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือดัชนีชี้วัดขั้นต่ำของครอบครัว และชุมชน ที่จะสามารถเป็นต้นแบบให้ครอบครัวและชุมชนนำไปใช้ในการกำหนดระบบกลไกมาตรการ แผนงานเพื่อเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ

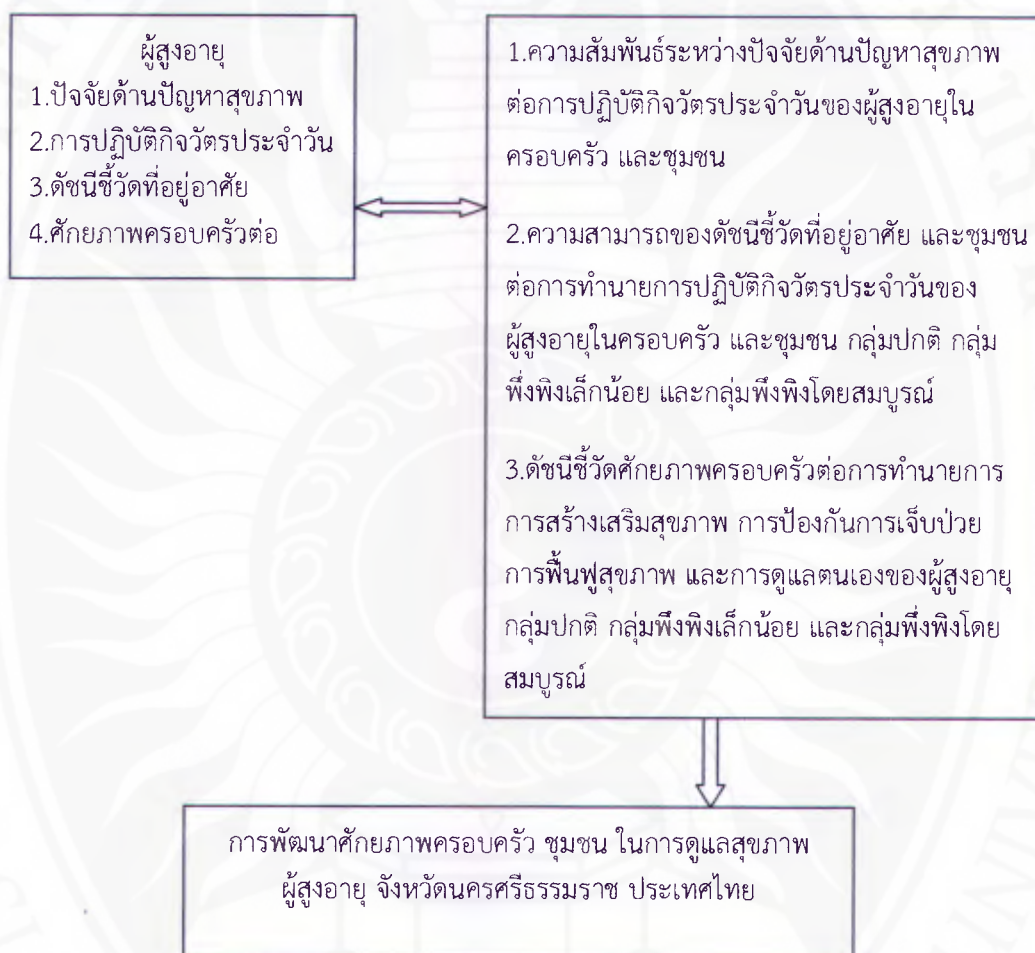
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสามารถของดัชนีชี้วัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์
3. เพื่อศึกษาความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนายการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

ขอบเขตของโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกาย และมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดัชนีชี้วัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพครอบครัวตามดัชนีชี้วัด กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและเสริมสร้างความสุขสงบในบ้านปลายของชีวิตของผู้สูงอายุ รวบรวมภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในท้องถิ่น และสืบทอดเผยแพร่คลังปัญญา และการพัฒนาครอบครัวและชุมชนพึ่งตนเองด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ครอบครัว ท้องถิ่นมีข้อมูลพื้นฐานด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์และนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ครอบครัว ชุมชนมีข้อมูลพื้นฐานสภาพที่อยู่อาศัยเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาครอบครัว ชุมชนให้เหมาะสม

3. ครอบครัว ชุมชนมีข้อมูลพื้นฐานศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ นำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสม

4. ผู้สูงอายุในท้องถิ่นได้รับการดูแลแบบบูรณาการศาสตร์ บูรณาการพันธกิจอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ใช้แนวคิด ทฤษฎี และตัวชี้วัดหลายอย่างเพื่อนำมากำหนดเป็นเครื่องมือประเมินกลุ่มเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ
2. ดัชนีบาร์เทิลและลอร์ดัน
3. แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและแบบประเมิน
4. ดัชนีชี้วัดมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง
5. ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย
6. มาตรฐานที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ให้คำนิยามผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป เกณฑ์สังคมผู้สูงอายุ เป็นการนำเอานิยาม “การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) และ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) ขององค์การสหประชาชาติ (UN) มากำหนดเป็นเกณฑ์เพื่อใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังการเป็นสังคมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เกณฑ์การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุหมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป เกณฑ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่ในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14 ขึ้นไป เกณฑ์ปกติ หมายถึง พื้นที่ที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราน้อยกว่าร้อยละ 10 หรือ

มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราน้อยกว่าร้อยละ 7

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ระหว่าง 65-69 ปี หรือ 60 กว่าๆ ขึ้นไป ตั้งแต่ปี 2548 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มถึง 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี 2563 นับเป็นการเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าภายในเวลา 20 ปีข้างหน้า คาดว่าสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวในปี พ.ศ. 2558 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 1,644,685 คน หรือร้อยละ 18.8 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ โดยต้องมีคนดูแลในการเดินหรือเคลื่อนไหวจำนวน 412,910 คน หรือร้อยละ 4.7 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ ต้องนอนบนเตียงไม่สามารถลุกนั่งเคลื่อนย้ายได้จำนวน 78,622 คน หรือร้อยละ 0.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตนจำนวน 602,316 คน หรือร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ

ปัญหาการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทยอย่างรวดเร็ว จาก 7 ล้านคน (ร้อยละ 10.7) เป็น 14.5 ล้านคน (ร้อยละ 20) ในปี 2568 หรืออีก 14 ปีข้างหน้า นับว่าเป็นการก้าวสู่ "ภาวะประชากรสูงอายุ" อย่างรวดเร็วเป็น 2 เท่าในระยะเวลาอันสั้น และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครอบครัวมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.3 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความรู้สึกเหงา ร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเวลาเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 ต้องการคนดูแลเป็นบางเวลา ร้อยละ 52.2 และ ต้องการคนดูแลตลอดเวลา ร้อยละ 10.2 ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 69.3 เป็นโรคเรื้อรัง และจะพบโรคเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 90 ปี เป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และ โรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ (สมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์ : 2554)

ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบันพบว่าครอบครัวเดียวทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละครอบครัวลดลง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องการอาศัยกับครอบครัวเพราะเชื่อว่ามีผู้ดูแล ไม่ต้องการอยู่สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ:2554) ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมากขึ้น ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุร้อยละ 1.6 ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา ความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรชีวิตประจำวัน พบว่าร้อยละ 93 เป็นกลุ่มคนที่ช่วยตนเองได้ ร้อยละ 7 พึ่งพาผู้อื่นเมื่อปฏิบัติกิจส่วนตัว ทุก 1 ใน 4 ทุพพลภาพ ทุก 1 ใน 5 ทุพพลภาพระยะยาว(มากกว่า 6 เดือน) ร้อยละ 11.5 พึ่งพาผู้อื่นเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 45 พึ่งพาผู้อื่นเมื่อใช้การขนส่ง ร้อยละ 28 ของเตียงผู้ป่วยคือผู้สูงอายุ (มนู วาทีสุนทร,2554) จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 4,048 คน พบว่า ร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุทั้งหมดจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ร้อยละ 1.6 ต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด และมากกว่าครึ่งหนึ่งในร้อยละ 1.6 นั้นต้องการการดูแลเกือบตลอดเวลา(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542)

เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเพื่อยืดอายุการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุให้ได้อย่างยาวนานที่สุด สถาบัน ชุมชน และครอบครัว ต้องจัดให้มีการส่งเสริมป้องกันโรค หรือให้เป็นโรคช้าลง ตลอดจน

การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ต้องมีการจัดระบบมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดีของสถานบริการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนธุรกิจการจัดส่งผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบ้านด้วย การจัดระบบการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนและครอบครัว เช่น การจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การใช้วัดเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้สูงอายุ เพราะจะเป็นการใช้ท้องถิ่นเป็นฐานในการบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ รวมถึงจัดให้มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน (อสส.) ส่งเสริมการจ้างแรงงานผู้สูงอายุ เพื่อสร้างหลักประกันด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุร้อยละ 39 ที่ยังสามารถทำงานได้ดี ร้อยละ 65 ทำงานภาคเกษตร ร้อยละ 42 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ไม่ได้ทำงานร้อยละ 61 อันจะส่งผลดีทั้งเชิงเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองยังเป็นประโยชน์ต่อสังคม ตลอดจนเพิ่มการออม (Saving) ให้กับ หรือจัดให้มีระบบ Home Health Care เพื่อประสานงานร่วมกับอาสาสมัครเยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด รวมทั้งจัดระเบียบกฎหมายและมาตรฐานปฏิบัติต่างๆ (<http://www.tantee.net/> ค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555)

ประเทศที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยพึ่งพิงมากกว่าวัยแรงงานจึงจำเป็นต้องมีมาตรการดูแลผู้สูงอายุมีทั้งระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และสำคัญที่สุดคือครอบครัว ครอบครัวใดที่มีผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ย่อมมีการดูแลที่แตกต่างกัน หากครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทุกชีวิตในครอบครัวนั้น ๆ รวมถึงชุมชน สังคม

การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย จะส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรของประเทศ เนื่องจากวัยพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะถดถอยทางกายภาพของผู้สูงอายุ และวัยแรงงานลดลง แม้ประเทศไทยจะมีการวางนโยบายและจัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2525-2544) การกำหนดนโยบายและมาตรการผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2553-2554) การบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 การจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (พ.ศ. 2542) การจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นและการตราพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 เพื่อใช้เป็นกฎหมายที่จะเอื้อให้เกิดโครงสร้าง องค์กรและระบบบริหารจัดการที่รองรับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ แต่การปฏิบัติการตามนโยบายและแผนต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นยังไม่สามารถบรรลุผลอย่างชัดเจนในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องมาจากข้อจำกัดและเงื่อนไขของกลไกการขับเคลื่อนที่ไม่เอื้อต่อการกิจ รวมทั้งการขาดการบูรณาการ การนำองค์ความรู้ทางวิชาการมาเพื่อชี้นำทางปฏิบัติที่เหมาะสม (สภาวิจัยแห่งชาติ, 2555)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ได้แก่ กลุ่มที่ 1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 78 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพดี ยืดระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ โดยการสร้างกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมจิตอาสา กลุ่มที่ 2) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีจำนวนร้อยละ 20 มุ่งเน้นกิจกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ Home Care / Home Health Care กลุ่มที่ 3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ มีจำนวนร้อยละ 2 มุ่งเน้นลดภาวะการ

เจ็บป่วยซ้ำซ้อน และมีผู้ดูแล เน้นการดูแลแบบ Home Care / Home Health Care โดยเจ้าหน้าที่ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมบำบัด ซึ่งโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2551 โดยการสร้างตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ปัจจุบันมีตำบลต้นแบบ จำนวน 76 แห่ง

ตำบลต้นแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวด้วย 6 กลยุทธ์ได้แก่ 1) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุตาม กลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรม ผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 4) มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มี คุณภาพ (Home Health Care) โดยบุคลากรสาธารณสุข 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพใน ระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และ กลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) (<http://www.anamai.moph.go.th> ค้นเมื่อ 28 มกราคม 2556)

การวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาศักยภาพของครอบครัวและชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่ขาดหายไปจากระบบและกลไกการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับพื้นฐานครอบครัว และชุมชน เพื่อนำสู่การกำหนดยุทธศาสตร์สังคมผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ในระดับต่าง ๆ จนถึงระดับชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ผลผลิตจากการ ศึกษาวิจัยครั้งนี้คือดัชนีชี้วัดขั้นต่ำของครอบครัว และชุมชน ที่จะสามารถเป็นต้นแบบให้ครอบครัว และชุมชนนำไปใช้ในการกำหนดระบบกลไกมาตรการ แผนงานเพื่อเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ

ดัชนีบาร์เทลและดัชนีลอว์ตัน

ดัชนีของ บาร์เทล ของ Florence I. Mahoney, MD. & Dorothea W. Barthel, BA, PT The Barthel Activity of Daily Living Index แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมิน ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้สูงอายุ ในคลินิกประเมินผู้ป่วย เพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองตามกิจวัตรประจำวันที่เป็น สำหรับผู้สูงอายุประเมิน เพื่อจัดกลุ่มความสามารถผู้สูงอายุตามการพึ่งพิงผู้ดูแลเป็นกลุ่มปกติ ต้องการพึ่งพิงเล็กน้อย หรือ ต้องการพึ่งพิงโดยสมบูรณ์เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตรงตามความต้องการต่อไป ประเด็น การประเมินของบาร์เทลประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลหน้าตาทรงผม การลุกนั่ง การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การ อาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันไดโดยมีคะแนนรวม 0-100 คะแนน และมีการแบ่งคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นคะแนนไม่ ต่อเนื่องและคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วงคะแนนที่กำหนดไว้ (Mahoney FI, Barthel DW, 1965)

ดัชนีลอว์ตัน ของ (Lawton Instrumental activity Daily) 7 ด้านได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการ บริหารเงินเครื่องมือ IADL ของ Lawton ประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม ผู้ชายคะแนนเต็ม 5 ผู้หญิงคะแนนเต็ม 8 ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ สามารถหาตัวเลข หมุน/กด รับ และโทรศัพท์ได้ด้วย ตนเอง การซื้อของ สามารถซื้อของและนำของกลับมาเอง การเตรียมอาหาร สามารถคิดเมนู เตรียม ของใช้และปรุงอาหารได้ ทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ล้างจาน ซักผ้า สามารถซักผ้าได้เองและ ทำได้เรียบร้อย การเดินทาง สามารถขับรถหรือ ใช้รถประจำทาง/รถรับจ้าง การรับประทานยา เตรียม

ยา/รับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลา การบริหารเงินสามารถใช้จ่ายเงินโดยการถอนเงินและเก็บออมได้ (<http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/function/lawtonbrody.pdf> ค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2557)

ดังนั้นดัชนีบาร์เทิล และดัชนีลอว์ตัน ซึ่งเป็นดัชนีใช้ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เพื่อเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน

แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและแบบประเมิน

คุณภาพชีวิต (Quality of life) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การรับรู้ ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการในด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย (objective approach) และด้านจิตวิสัย (subjective approach) (Saxena & Orley, 1997)

องค์การอนามัยโลก (1996) ได้พัฒนา และนำเสนอเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติสะท้อนความเป็นองค์รวม และมีความเป็นสากล กล่าวคือ สามารถนำไปใช้ได้ในประเทศที่มีสังคมและวัฒนธรรมต่างกัน เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกนี้มีข้อคำถาม 100 ข้อ หรือ 100 ตัวชี้วัด จึงเรียกว่า WHOQOL-100 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชุดดังกล่าวขององค์การ อนามัยโลก ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยทีมงาน WHOQOL group ซึ่งทีมงานประกอบด้วยศูนย์ปฏิบัติงานภาคสนามจำนวน 15 ประเทศ

เครื่องมือวัด เครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต ที่กรมสุขภาพจิตนำมาใช้พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องมือวัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา แล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อ

ชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น ข

ดัชนีชี้วัดมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, จัดทำมาตรฐานการส่งเสริมความเสมอภาคหญิงและมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งขึ้น นำผลจากการวิจัยครอบครัวใน 5 จังหวัด 5 ภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2548 มาพิจารณาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ รายงานโครงการในประเทศและนานาชาติ ได้สังเคราะห์เป็นมาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งในบริบทเชิงสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมไทย 5 ด้าน คือ สัมพันธภาพ การพึ่งพาตนเอง ทุนทางสังคม การปรับตัวในภาวะยากลำบาก และการหลีกเลี่ยง/จัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย มาตรฐาน 7 ข้อ มีตัวชี้วัดระดับประเทศ/ จังหวัด จำนวน 23 ข้อ และตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งระดับครอบครัว 37 ข้อ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประเมินเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวได้ด้วยตนเอง

1. มาตรฐานที่ 1 ด้านสัมพันธภาพ มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งด้านสัมพันธภาพ หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกมีความมุ่งมั่นในการสร้างและคงความเป็นครอบครัวร่วมกัน มีความรัก ความ

ผูกพันต่อกัน ซึ่งแสดงออกโดยการสื่อความหมาย ยกย่อง รั้ง ฟัง ทำกิจกรรมร่วมกัน เอาใจใส่ ดูแลทุกข์สุขกันและกัน อย่างสม่ำเสมอ

1.1 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านสัมพันธภาพระดับประเทศ

1.1.1 ร้อยละของอัตราการจดทะเบียนสมรสต่อ 1,000 ครัวเรือน ในรอบปีเปรียบเทียบกับปีเป้าหมายที่มีอัตราการจดทะเบียนสมรสสูงที่สุด

1.1.2 ร้อยละของอัตราการจดทะเบียนหย่าต่อ 1,000 ครัวเรือน ในรอบปีเปรียบเทียบกับ ปีเป้าหมายที่มีอัตราการจดทะเบียนหย่าต่ำที่สุด ร้อยละของครัวเรือนที่มีความอบอุ่น (ลักษณะครอบครัวอบอุ่น ประกอบด้วยคนในครัวเรือนมีโอกาสอยู่พร้อมหน้ากัน (พ่อ แม่ ลูก หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ประจำในครัวเรือน ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารด้วยกัน ใช้เวลาพูดคุยกัน พักผ่อนหย่อนใจด้วยกัน ดูหรือฟังความบันเทิงด้วยกัน เล่นกีฬาด้วยกัน หรือร่วมกันปรับปรุงที่อยู่อาศัย เป็นต้น / คนในครัวเรือนมีความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน / คนในครัวเรือนมีการปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาในครอบครัว / คนในครัวเรือนไม่เคยหนีออกจากบ้าน / กรณีที่อยู่คนเดียว ถ้าดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ถือว่าเป็นครอบครัวอบอุ่น แต่ถ้าดำรงชีวิตโดยไม่มีความสุขให้ถือว่าเป็นครอบครัวไม่อบอุ่น)

1.1.3 มีการเอาใจใส่ ดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน แสดงซึ่งความรัก และสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (จปฐ.)

1.1.4 อัตราการลดลงของครัวเรือนที่มีผู้ถูกทอดทิ้ง/ หนีออกจากบ้าน/ มาต้วตายในแต่ละปีเมื่อเทียบกับปีเป้าหมาย

1.2 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านสัมพันธภาพระดับครอบครัว

1.2.1 จำนวนคู่สมรสที่มีการบอกกล่าวการใช้ชีวิตคู่ตามประเพณีให้เป็นที่ยอมรับและยอมรับในหมู่ญาติมิตร

1.2.2 สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกถึงความรัก เคารพนับถือ และเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ทางกาย วาจา ใจ (เช่น ไหว้ผู้ใหญ่ ลูบหัวลูก กอด สัมผัสอย่างอ่อนโยน ถามทุกข์สุข)

1.2.3 สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสอยู่พร้อมหน้ากัน และทำกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

1.2.4 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือ และตัดสินใจเรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัว และลงมือทำร่วมกัน

1.2.5 ครอบครัวที่มีสมาชิกร่วมกันรับผิดชอบภาระการทำงานของครอบครัว

1.2.6 สมาชิกในครอบครัวแก้ปัญหาข้อขัดแย้งด้วยเหตุผล ไม่ใช้ความรุนแรงด้านร่างกาย วาจา จิตใจ และเพศต่อกัน และต่อตนเอง

1.2.7 คู่สามีภรรยารักใคร่ปรองดองกัน

1.2.8 สมาชิกในครอบครัวได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

2. มาตรฐานที่ 2 ด้านการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ

มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ หมายถึง ครอบครัวสามารถบริหารจัดการรายรับรายจ่าย ให้เกิดความมั่นคงในความเป็นอยู่และอาชีพ

2.1 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจระดับประเทศ

2.1.2 ร้อยละของครัวเรือนที่มีรายได้มากกว่ารายจ่ายอย่างน้อย ร้อยละ 10 ต่อครัวเรือนทั้งหมด

2.1.3 ร้อยละของครัวเรือนที่มีการทำบัญชีรายรับ-รายจ่าย

2.1.4 อัตราการลดลงของหนี้สินครัวเรือนในแต่ละปีเมื่อเทียบกับปีเป้าหมาย

2.1.5 ร้อยละของครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

2.2 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจระดับครอบครัว

2.2.1 ครอบครัวมีรายได้และทรัพย์สินเพียงพอสำหรับรายจ่ายที่จำเป็นในการดำรงชีวิตครอบครัวตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง

2.2.3 ครอบครัวมีเงินออมสามารถนำมาใช้จ่ายในยามฉุกเฉินหรือจำเป็นได้

2.2.3 ครอบครัวปราศจากหนี้สินหรือในกรณีที่มีหนี้ก็มีความสามารถในการปลดหนี้ ครอบครัวมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีปัญหาไร้อู่

3. มาตรฐานที่ 3 ด้านการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพ

มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพ หมายถึง ครอบครัวสามารถส่งเสริม และดูแลสุขภาพของสมาชิกได้

3.1 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพระดับประเทศ
สัดส่วนครัวเรือนที่สมาชิกมีสิทธิได้รับหลักประกันสุขภาพ

3.2 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพระดับครอบครัว

3.2.1 ครอบครัวที่สามารถดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกเบื้องต้น เช่น มีตู้/กล่องยาสามัญประจำบ้าน

3.2.2 ครอบครัวที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

3.2.3 ครอบครัวที่มีการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน และในการเดินทาง

3.2.4 สมาชิกครอบครัวได้รับการตรวจสุขภาพ และสร้างภูมิคุ้มกันด้วยวัคซีนตามกำหนด

4. มาตรฐานที่ 4 ด้านการพึ่งพาตนเองทางข้อมูลข่าวสารและโอกาสในการเรียนรู้

มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางข้อมูลข่าวสารและโอกาสในการเรียนรู้ หมายถึง ครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และมีโอกาสเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัวได้

4.1 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและโอกาสในการเรียนรู้ ระดับประเทศ

4.1.1 อัตราส่วนของครัวเรือนที่สมาชิกใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์

4.1.2 สัดส่วนสื่อที่มึเนื้อหาสาระเอื้อต่อชีวิตครอบครัว

4.1.3 จำนวนปีเฉลี่ยของการศึกษาของประชากรที่มีอายุเกิน 15 ปี

4.1.4 สัดส่วนของครัวเรือนที่มีสมาชิกเข้ารับการฝึกอบรม ฝึกอาชีพ และ/หรือการศึกษาต่อเนื่อง

4.1.5 ร้อยละของหลักสูตรการศึกษาทุกระดับที่จัดการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิต และชีวิตครอบครัวศึกษา

4.2 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการพึ่งพาตนเองทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและโอกาสในการเรียนรู้ ระดับครอบครัว

4.2.1 สมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้ และทักษะด้านชีวิตครอบครัว อาชีพ การงานโดยการศึกษาต่อเนื่อง / ตามอัธยาศัย

4.2.2 ครอบครัวที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ

4.2.3 ครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และนำมาพูดคุยอย่างสร้างสรรค์

4.2.4 สมาชิกในครอบครัวร่วมกันศึกษา และปฏิบัติเพื่อพัฒนาจิตใจและคุณธรรม

5. มาตรฐานที่ 5 ด้านทุนทางสังคม

มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งด้านทุนทางสังคม หมายถึง ครอบครัวมีความไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัย และภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน/สังคม

5.1 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านทุนทางสังคมระดับประเทศ

5.1.1 ร้อยละของครัวเรือนที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นสมาชิกกลุ่มที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในชุมชน เช่น กลุ่มอาชีพ

5.1.2 อัตราการลดลงของคดีอาชญากรรมเปรียบเทียบกับปีเป้าหมาย

5.1.3 ร้อยละของครัวเรือนที่สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อส่วนรวม สาธารณประโยชน์ ในรอบปีที่ผ่านมา

5.2 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านทุนทางสังคมระดับครอบครัว

5.2.1 สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกปลอดภัย และไว้วางใจต่อบุคคลในครอบครัว

5.2.2 สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกปลอดภัย และไว้วางใจต่อบุคคลในชุมชน

5.2.3 เมื่อมีปัญหาสมาชิกในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากภายในครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก หรือญาติ

5.2.4 ครอบครัวมีผู้เป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน เช่น กลุ่มอาชีพ / มีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้าน/ ชุมชน

5.2.5 ครอบครัวสร้างคุณค่าความเป็นอันหนึ่งอันเดียว โดยการทำกิจกรรมทางศาสนา/ ส่งเสริมคุณธรรม หรือสุนทรียภาพร่วมกัน

5.2.6 เมื่อประสบปัญหายากลำบาก สมาชิกเชื่อมั่นว่าครอบครัวจะสนใจใยดี รับฟัง และช่วยเหลือ

6. มาตรฐานที่ 6 ด้านการปรับตัวได้ในภาวะยากลำบาก

มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งด้านการปรับตัวได้ในภาวะยากลำบาก หมายถึง ครอบครัวมีการติดตามรู้เท่าทันสถานการณ์ สามารถปรับตัวได้อย่างสร้างสรรค์ และฟื้นตัวได้เมื่อเผชิญกับภาวะยากลำบาก

6.1 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการปรับตัวได้ในภาวะยากลำบากระดับประเทศ

6.1.1 สัดส่วนครอบครัวที่สามารถฟื้นตัวได้เมื่อประสบปัญหาและเหตุภัยพิบัติ

6.1.2 ประเทศมีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัย เตรียมพร้อมรับมือกับอันตรายที่มีต่อครอบครัว เช่น ภัยพิบัติ เศรษฐกิจตกต่ำ โรคระบาด

6.1.3 อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนเงินต่อครัวเรือนของการทำประกันชีวิต ประกันภัย ประกันอุบัติเหตุเปรียบเทียบกับปีเป้าหมาย

6.2 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการปรับตัวได้ในภาวะยากลำบากระดับครอบครัว

6.2.1 ครอบครัวมีการติดตามสถานการณ์ และวางแผนเตรียมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น

6.2.2 ครอบครัวมีการทำประกันชีวิต ประกันภัย ประกันอุบัติเหตุ

6.2.3 ครอบครัวมีประสบการณ์แก้ไขปัญหา มีความสำเร็จปรับตัวได้

7. มาตรฐานที่ 7 ด้านการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง

มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็งด้านการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง หมายถึง ครอบครัวสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหา ทำให้ไม่ต้องเกิดปัญหา หรือตกอยู่ในภาวะเสี่ยง

7.1 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงระดับประเทศ

7.1.1 อัตราการลดลงของครัวเรือนที่สมาชิกเล่นการพนันและ ดื่มสิ่งเสพติด ได้แก่ สุรา บุหรี่ สารเสพติด เป็นต้นในแต่ละปีเทียบกับปีเป้าหมาย

7.1.2 ร้อยละของพื้นที่ที่มีบริการปรึกษาแนะแนวแก่ครอบครัวในระดับท้องถิ่น

7.1.3 การลดลงของร้อยละของครัวเรือนที่มีพ่อ หรือแม่ที่เลี้ยงลูกตามลำพัง

7.2 ตัวชี้วัดครอบครัวเข้มแข็งด้านการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงระดับครอบครัว

7.2.1 คู่สมรสที่ได้รับการเตรียมความพร้อมชีวิตครอบครัว/ การเป็นพ่อแม่/ เตรียมสู่วัยทอง

7.2.2 ครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกหนีออกจากบ้าน ฆ่าตัวตาย

7.2.3 ครอบครัวที่สมาชิกไม่มีสมาชิกเสียชีวิต หรือพิการจากอุบัติเหตุ

7.2.4 สมาชิกในครอบครัวไม่เล่นการพนันและไม่ใช้สิ่งเสพติด ได้แก่ สุรา บุหรี่ สารเสพติด เป็นต้น

7.2.5 ครอบครัวสามารถจัดการกับความเสี่ยงได้ เช่น ย้ายของก่อนน้ำท่วม

7.2.6 ครอบครัวที่สมาชิกไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง

7.2.7 ครอบครัวดำรงชีวิตโดยไม่ประมาท รู้จักเฝ้าระวัง อุบัติภัย อุบัติเหตุ สิ่งเสพติด ความรุนแรง การพนัน และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years, DALYs) พบว่า พ.ศ. 2542 โรคซึมเศร้าก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย เป็นอันดับที่ 3 ในชายไทย การสำรวจระดับชาติของประเทศไทย พ.ศ 2546 พบว่า ประชากรไทย ร้อยละ 3.2 เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.18 เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง และผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด พบว่า ร้อยละ 10.4 ของผู้ที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิป่วยเป็นโรคซึมเศร้า การรักษานักป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการปฐมภูมิ มีส่วนช่วยลดอคติของผู้ป่วยเหล่านี้ ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงนำแบบคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire : (PHQ-9) สำหรับผู้สูงอายุ คำถามประกอบด้วย ความต้องการสูงสุดของผู้สูงอายุ ความรู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้ ของผู้สูงอายุ ความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินของผู้สูงอายุ ความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร ความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร อาการหลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไปของผู้สูงอายุ อาการเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรงของผู้สูงอายุ อาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป ความรู้สึกไม่ดีเวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ การพูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ของผู้สูงอายุ การคิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีของผู้สูงอายุ สำหรับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมิน PHQ-9 ของงานวิจัยนี้จะประเมินแค่ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกซึมเศร้าแต่ละเรื่องระดับใด เพื่อนำสู่การประกอบการพิจารณาการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ตรงสภาพปัญหาต่อไป (<http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/PHQ9%20Thai.pdf> ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557)

มาตรฐานที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำมาตรฐานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ของไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ (2548) มาเป็นกรอบในการศึกษาส่วนต่าง ๆ ของที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับดัชนี ADL ได้แก่ ห้องน้ำห้องส้วม ห้องนอน ห้องครัว บันได เพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ว่าปัจจุบันบ้านผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีสภาพที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์หรือไม่ ซึ่งมาตรฐานที่อยู่อาศัยที่เสนอแนะโดย ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้มีดังนี้

1. บ้านควรแยกส่วนพื้นที่ใช้สอยให้เห็นชัด เพื่อให้ผู้สูงอายุจดจำได้ง่ายและมองเห็นชัด เช่น พื้นห้องน้ำใช้กระเบื้องชนิดกันลื่น และใช้สีที่โดดเด่น แตกต่างจากพื้นห้องอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้ระมัดระวัง

2. บ้านต้องปลอดภัยควรออกแบบให้สามารถสอดส่องดูแลได้จากภายใน เช่น ควรออกแบบช่องหน้าต่างเป็นกระจก เพื่อให้สามารถมองเห็นภายนอกได้ถนัด ในบ้านไม่ควรมีชอกมุมอับมาก

3. ประตู หน้าต่างควรเลือกรูปแบบที่ทำให้รู้สึกมั่นคงแข็งแรง เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือ ผู้สูงอายุมักต้องการให้ลูกหลานเห็นคุณค่าของตน ให้รู้สึกว่าตนเองยังคงเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว จึงมักไม่ต้องการบ้านที่เหมือนสร้างแยกออกไปต่างหาก เช่น อยู่หลังบ้านหรือมุมใดมุมหนึ่ง แต่ต้องการอยู่ด้านหน้าบ้านของครอบครัว ใครไปใครมาก็

มองเห็น หากต่อเติมออกมาก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของบ้านใหญ่ หรือถ้าสามารถออกแบบให้เป็นเสมือนบ้านประมุขของตระกูลได้จะยิ่งดี

4. ไม่สร้างบรรยากาศ การใช้วัสดุธรรมชาติจำพวกไม้ที่ให้ความรู้สึกอบอุ่น น่าพักผ่อน ในการทำบ้านโดยเฉพาะส่วนพื้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย และบางท่านอาจมีความรู้สึกคุ้นเคยกับบ้านที่เคยอยู่ในสมัยก่อน ซึ่งส่วนใหญ่สร้างด้วยไม้ ก็จะทำให้ท่านมีความสุขมากขึ้น

5. เฉลียงหรือศาลา เนื่อง จากการมีเวลาว่างทั้งวัน ทำให้ผู้สูงอายุนิยมใช้เวลานั่งเล่นพักผ่อน บริเวณศาลาหรือเฉลียงหน้าบ้าน เสมือนเป็นการเฝ้าบ้านไปในตัว (เป็นความต้องการของผู้สูงอายุเอง) มากกว่าที่จะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในห้อง จึงควรออกแบบศาลาหรือเฉลียงพักผ่อนไว้ด้วย

6. การออกแบบที่ตรงไปตรงมามีพื้นที่ใช้สอยเรียบง่ายและเท่าที่จำเป็น แต่ใช้งานสะดวก ก็เพียงพอแล้ว เพราะผู้สูงอายุไม่ต้องการความสลับซับซ้อน เนื่องจากมีความจำที่ถดถอย จึงควรออกแบบให้ทุกอย่างเรียบง่าย ชัดเจนเข้าใจก็จะดี

7. การออกแบบทางกายภาพควรคำนึงถึงการใช้งานสะดวกและปลอดภัย เช่นทางสัญจรควรกว้างไม่น้อยกว่า 1.20 เมตร เพื่อการเข็นรถเข็นหรือเตียง พื้นที่ภายในห้องน้ำควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.50 เมตร เพื่อการกลับตัวของรถเข็นได้สะดวก การมีราวจับเพื่อช่วยทรงตัวในจุดที่จำเป็น ใช้วัสดุพื้นชนิดกันลื่นล้ม และหลีกเลี่ยงการใช้ทางต่างระดับแบบขั้นบันได แต่ควรใช้ทางลาดแทน รวมทั้งการทำทางลาดเชื่อมระหว่างพื้นที่ภายในกับภายนอกบ้านด้วย อุปกรณ์ประกอบอาคารต่างๆก็ควรมีการคำนึงถึงเป็นกรณีพิเศษ เช่น การติดตั้งไฟส่องสว่างที่พื้นผนัง กรณีลูกเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหรือเช้ามืด ลูกบิดห้องน้ำควรเป็นชนิดไขเปิดได้จากภายนอก โดยไม่ต้องใช้กุญแจ เพื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจะได้เข้าไปช่วยเหลือได้ทัน การใช้ลูกฟูกประตูเป็นกระຈก เพื่อจะได้มองเห็นเวลาเกิดเหตุภายในห้อง

8. มีความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น มีแสงสว่างเพียงพอในบริเวณบันไดหรือทางเข้า มีราวจับในห้องน้ำ พื้นกระเบื้องไม่ลื่นอุปกรณ์เปิดเปิดน้ำ และลูกบิดเปิดประตูไม่ต้องออกแรงมากนัก มีสัญญาณฉุกเฉินอยู่บริเวณหัวเตียง หรือห้องน้ำ หรือจุดต่าง ๆ ในบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกดเรียกขอความช่วยเหลือได้

9. สามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น มีทางลาดสำหรับรถเข็น การออกแบบตู้ให้มีขนาดพอดี สูงอายุหยิบของได้สะดวก อยู่ใกล้แหล่งชุมชนเดิม ญาติมิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนได้สะดวก

10. สามารถสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ เช่น มีการเลือกใช้สีทาบ้านที่เหมาะสม ทำให้การใช้ชีวิตรู้สึกกระชุ่มกระชวย ไม่ซึมเศร้า มีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำความสามารถต่าง ๆ มาใช้ได้อย่างเต็มที่ หรือมีการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถก่อประโยชน์ให้กับชุมชน

11. ดูแลรักษาง่าย กรณีนี้เกี่ยวข้องกับขนาดของบ้านที่ไม่ควรใหญ่จนเกินไป หรือถ้าหลังใหญ่ก็ควรมีห้อง พร้อมบานประตูเปิดปิดได้ เพื่อความสะดวกในการดูแล สนามหญ้าอาจเปลี่ยนเป็นพุ่มไม้เตี้ย เพื่อลดภาระในการดูแลลง เป็นต้น

ลักษณะของบ้านพัก

1. ควรเป็นบ้านชั้นเดียว หรือมีห้องนอนอยู่ที่ชั้นล่างของบ้าน
2. ทางเข้าบ้านควรมีระดับเดียวกับพื้นภายนอก ไม่ควรมีธรณีประตู
3. มีบริเวณบ้านที่สามารถทำสวน เลี้ยงสัตว์ ทำกิจกรรมเบาๆ ได้
4. พืชพันธุ์ที่ปลูกอาจเป็นไม้ดอก ไม้หอม ควรหลีกเลี่ยงไม้ที่มีหนาม หรือมียาง
5. ประตูควรใช้มือจับแบบก้านโยก มีระบบตัดไฟช็อตและไฟฉุกเฉิน

ห้องนอนของผู้สูงอายุ

1. หากมีหน้าต่างมองเห็นวิวทิวทัศน์ภายนอกได้ก็จะเป็นสิ่งที่ดี
2. ภายในห้องควรมีการระบายอากาศที่ดี พื้นห้องใช้สีสว่าง นุ่ม และบำรุงรักษาได้ง่าย
3. ตู้เสื้อผ้าควรเป็นแบบบานเลื่อน บริเวณหัวเตียงอาจติดตั้งสัญญาณฉุกเฉิน

ห้องน้ำ

1. ประตูห้องน้ำควรกว้างประมาณ 1.5 - 2 เมตร
2. เมื่อเปิดประตู ระดับพื้นภายใน-ภายนอกควรเท่ากัน พื้นผิวห้องน้ำไม่ควรลื่น
3. ก๊อกน้ำควรเป็นแบบก้านโยกเพราะเมื่ออายุมากขึ้น ข้อมืออาจไม่แข็งแรงพอจะเปิด-ปิด ก๊อกน้ำได้อีก

4. ฝักบัวควรเป็นชนิดแรงดันต่ำ และควรติดตั้งสัญญาณฉุกเฉิน

นอกจากนั้น ควรให้ความสำคัญกับพื้นที่ต่างระดับ เช่น ใช้สื่ติดกัน หรือพื้นผิวที่ต่างกัน อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถสังเกตได้

ชั้นบันไดควรจะกว้างขึ้น ความกว้างบันไดควรออกแบบให้มีความกว้างมากกว่า 25 เซนติเมตร ความสูงของบันไดพอให้ ก้าวได้ไม่ควรสูงนัก ความสูงของบันไดที่เหมาะสมควรประมาณ 13 เซนติเมตร

ส่วนความสูงจากพื้นถึงระยะกั้นตรงที่หนึ่งควรประมาณ 42 เซนติเมตร กำลังดี จะลื่นแบบสบายๆ ถ้าเตี้ยมากอาจจะลื่นไม่ขึ้น

ผู้สูงอายุจะ อ้วนขึ้น และ เตี้ยลง เช่น ประตู ทางลาดที่ต้องมีอุปกรณ์ช่วยไม่ว่าจะเป็นเท้าแขน มือจับ หรือ รถเข็นก็ควรจะกว้างเกิน 90 ซม. ทางลาดของผู้สูงอายุควรใช้สัดส่วน 1:12 ถ้าพื้นสูง 10 ซม. ต้องมีทางลาดยาวไปถึง 120 ซม. การเข็นรถเข็นจะได้ง่าย และทางลาดต้องใช้วัสดุต่างสัมผัส มองแล้วรู้ว่าต่างกันระหว่างพื้นเรียบ กับพื้นลาด

ราวจับควรจะมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร ความสูง 80 เซนติเมตร แล้วราวจับที่ดี ไม่ได้มีแค่ตรงบันได ควรจะเลยจากขั้นสุดท้ายไปประมาณ 30 เซนติเมตรเป็นอย่างน้อย จะได้มีระยะจับได้

ลูกบิดประตูบ้าน ปกติยังคุ้นเคยกับลูกบิดกลมๆ แต่ร่างกายเสื่อมถอย จะไม่มีแรงบิด ดังนั้นควรจะใช้เป็นแบบก้านโยก

ระยะเอื้อมจะลดลง ปลั๊กไฟควรจะสูงกว่าปกติ ในขณะที่สวิตช์ต้องต่ำลง หน้ากากกับตัวสวิตช์ควรเป็นคนละสี เคาน์เตอร์ก็ไม่ควรกว้างเกิน 50 เซนติเมตร เป็นต้น

ระยะในการมอง ผู้สูงอายุเวลานั่งอยู่จะชอบมองออกไปข้างนอก เพราะฉะนั้นประตูหน้าต่างให้ความสูงลดลง ข้างล่างควรจะลึกลงเพื่อให้มองเห็นแสงเห็นสิ่งแวดล้อมภายนอกได้

การเปลี่ยนแปลงควรให้ผู้สูงอายุได้อยู่ที่เดิมไม่ควรย้ายไปสร้างที่อยู่อื่นใหม่โดยเฉพาะ เพราะถึงแม้ออกแบบตามหลักการ แต่ผู้สูงอายุมักจะมีเรื่องสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ควรจะจัดหาเฟอร์นิเจอร์เก่าไว้ให้ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุ้นเคย เพราะการปรับตัวของผู้สูงอายุปรับตัวได้ยาก ดังนั้นจึงต้องเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ควรปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยเดิมแล้วให้ย้ายห้องมาอยู่ชั้นล่าง ส่วนที่เหลือก็สร้างตามหลักเกณฑ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

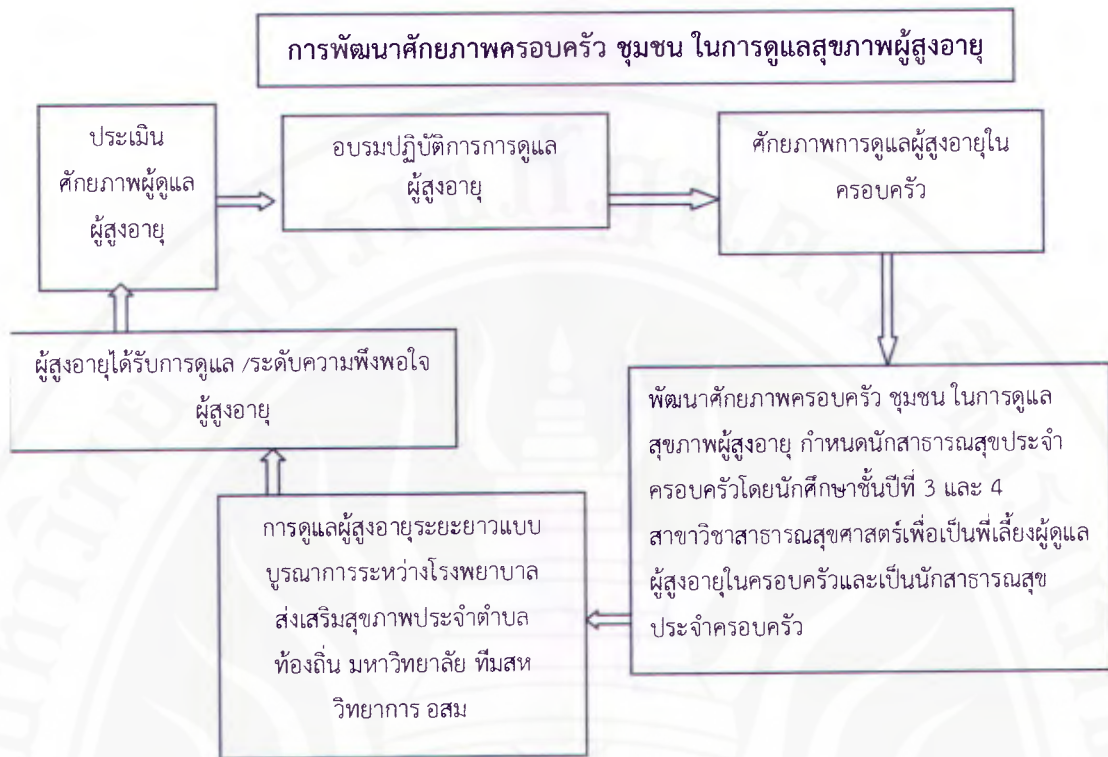
วิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ วิธีการวิจัยมีการวิจัยแบบสำรวจ (Survey research) เรื่องข้อมูลทั่วไป ข้อมูล ADL และ IADL ข้อมูลที่อยู่อาศัย วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เรื่องการพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมแพทย์และนักสาธารณสุข และวิจัยแบบมีส่วนร่วม กับพื้นที่ (Participatory research) ในการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการวิจัยประกอบด้วยการศึกษา

1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใน ครอบครัว และชุมชนด้วยการตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุเพื่อนำปัญหาสุขภาพมาหาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และ ชุมชน ตามดัชนีชี้วัด ADL และ IADL

1.2 ความสามารถของดัชนีชี้วัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์โดยการศึกษา สภาพที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับดัชนีที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อทำนายการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน

1.3 ความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนายการสร้างเสริมสุขภาพ การ ป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่ม พึ่งพิงโดยสมบูรณ์ด้วยการศึกษาศักยภาพผู้สูงอายุด้านทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องด้านกายภาพบำบัดสำหรับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอัลไซเมอร์ ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้น การจัดการแผลต่อ โรคเบาหวาน การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค

1.4 การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการนี้เกิดจากการ นำผลการศึกษาวิจัยในทุกบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในพื้นที่ทดลอง ด้วยเครื่องมือ ADL, IADL การตรวจสอบ สุขภาพ การตรวจสอบสภาพที่อยู่อาศัย การประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับนโยบายการพัฒนา ผู้สูงอายุแบบสหวิชาชีพ และนโยบายวชน.เน้นการวิจัยที่มีนักศึกษาเข้าร่วม ดังนั้นผู้วิจัยกับท้องถิ่น โดยเฉพาะรพ. สด. อสม. จึงสรุปให้มีการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ทดลอง ด้วย การจัดทำมีนักรสาธารณสุขประจำครอบครัว ซึ่งได้แก่นักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ อย่าง ต่อเนื่อง เพื่อดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ทุกครอบครัวเป้าหมาย เพื่อเป็นที่เลี้ยงผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเฝ้าระวังเพื่อ สูงอายุทั้งสามกลุ่มได้แก่ กลุ่มไม่พึ่งพิง กลุ่มพึ่งพิงบ้าง และกลุ่มพึ่งพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ เทลโดยสมบูรณ์ จนกว่าท้องถิ่นจะมีนโยบาย แผนงาน โครงการในแผนพัฒนาของเทศบาล และรพ.สต.ที่ ชัดเจนเป็นรูปธรรม



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในพื้นที่วิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ทำการคัดเลือกสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากความสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 677 คน โดยมีการลงนามให้คำยินยอมในการเก็บข้อมูลในภาพสอบถามและยินยอมในการถ่ายภาพที่อยู่อาศัย ศึกษาข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีความสุข ความต้องการ ภาวะสุขภาพ ด้านการพึงพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาพที่อยู่อาศัยโดยใช้ดัชนีที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุมาประเมินศึกษาข้อมูล ADL และ IADL ข้อมูลที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ 47 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุตามที่กำหนด นักศึกษาสาธารณสุขจำนวน 80 คน เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ รวมกลุ่มตัวอย่าง 804 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่อวัน ที่มาของรายได้ ผลการตรวจสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่าอยู่ในกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง หรือกลุ่มป่วย
2. แบบสอบถามที่เป็นแบบเลือกตอบตามดัชนีบาร์เทิล (Barthel Index of Activity of Daily Living) จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินศักยภาพการพึงพิงกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน ที่ปรับปรุงแล้วโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย กิจวัตรประจำวัน 10 ด้านที่ประเมินได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าหวีผมโกนหนวด การลุกนั่ง การใช้ห้องสุขา การใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การเดินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง การขึ้นลงบันได การกลืนอาหาร การกลืนปัสสาวะ
3. แบบสอบถามที่เป็นแบบเลือกตอบตามดัชนีลอว์ตัน (Lawton Instrumental activity Daily) จำนวน 8 ข้อ เพื่อประเมินศักยภาพการพึงพิงกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุขั้นกลางซึ่งเป็นการประเมินศักยภาพของสมองที่เน้นด้านความคิด ตัดสินใจ และความจำ กิจวัตรประจำวัน 8 ด้านที่ประเมินได้แก่ การ

ใช้โทรศัพท์ การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักผ้า การเดินทาง การรับประทานยา และการบริหารจัดการเงิน

4. แบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินประกอบด้วย

4.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่อวัน ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

4.2 ตอนที่ 2 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ ด้าน ผู้ประเมินคือวิทยากร เกณฑ์การประเมิน คือ ปฏิบัติได้ถูกต้อง ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง (ปรับปรุง) เรียนรู้ใหม่

5. แบบประเมินที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุด้านห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องครัว ห้องนอน บันได

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9

7. การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป การตรวจสุขภาพ คัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เอกซเรย์ปอด การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) ประเมินศักยภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ประเมินสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข

8. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยการอบรมปฏิบัติการด้าน ทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องด้าน กายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้น การจัดการแผลต่อโรคเบาหวาน การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค

9. การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดนักสาธารณสุขประจำ ครอบครัวโดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์เพื่อเป็นพี่เลี้ยงผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลดัชนีบาร์เทิล 10 ด้าน ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเก็บข้อมูล ร่วมกับการสัมภาษณ์ การสังเกต แบบสอบถามเก็บข้อมูลดัชนีลอร์ดัน 8 ด้าน ร่วมกับการสัมภาษณ์ การสังเกต เก็บข้อมูลโดยสร้างทีมวิจัยสำหรับเก็บข้อมูลซึ่งเป็นนักศึกษาวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โดยทีมเก็บข้อมูลทุกคนจะได้รับการชี้แจงแนวทางขั้นตอนการเก็บข้อมูลจาก เครื่องมือแต่ละชนิด มีการทดลองใช้เครื่องมือ นำมาวิพากษ์หาข้อสรุปจนตรงกัน แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนด

2. ข้อมูลศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้แบบประเมินประเมินโดยวิทยากรประจำฐานการเรียนรู้ การเก็บข้อมูลโดยให้ทีมวิทยากรประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมอบรมพัฒนาศักยภาพตนเองในด้าน การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีทั้งการประเมินความรู้ และการปฏิบัติ

3. ข้อมูลที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยภาพถ่ายตามดัชนีที่กำหนดมาเทียบกับเกณฑ์ มาตรฐานขั้นต่ำที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ

4. ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุได้จากการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมแพทย์และสาธารณสุข เพื่อทราบสถานภาพการเจ็บป่วย ศึกษาความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทิล

5. ข้อมูลศักยภาพครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มพึ่งพิงได้จากการอบรมผู้ดูแล ผู้สูงอายุประเมินศักยภาพก่อนและหลังตามหลักสูตรที่กำหนด

6. แนวทางการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด นครศรีธรรมราช ประเทศไทย ได้จากการนำผลการวิจัยมาวิเคราะห์สถานการณ์ พบจุดแข็งจุดอ่อน วิเคราะห์ โอกาส นำข้อมูลทุกวัตถุประสงค์มาร่วมกันออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย รูปแบบที่เหมาะสมที่สุด ณ เวลานี้ ณ พื้นที่วิจัย คือการ กำหนดให้มีนักสาธารณสุขประจำครอบครัวประจำครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อดูแลผู้สูงอายุและเพื่อเป็นพี่เลี้ยง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการบูรณาการการวิจัยกับการเรียนการสอนและการบริการวิชาการและบูรณา การศาสตร์ ระหว่างนักวิจัย หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และท้องถิ่นสอดคล้องกับนโยบาย วช. และนโยบายชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั้งหมดมีการประมวลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์การให้ คะแนนดังนี้

1. แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่คำถาม เพศ อายุ อาชีพ ประวัติสุขภาพ คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ความถี่ ร้อยละ

1.2 ข้อมูล ADL, IADL ข้อมูลที่อยู่อาศัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลเชิง กลุ่มหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ด้วยสถิติ Pearson Chi-square Test และหาค่าระดับ ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Contingency Coefficient และ Exact test (0.00-1.0)

1.3 สำหรับข้อมูล ADL, IADL รายงานผลเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มไม่พึ่งพิง กลุ่มพึ่งพิงบ้าง และกลุ่ม พึ่งพิงสมบูรณ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้นำมาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน(Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุ การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

1.3.1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มไม่พึ่งพิง พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคม ได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

1.3.2 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงบ้าง ผู้สูงอายุจะดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือ ตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

1.3.3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ พึ่งการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน โดยกิจวัตร ประจำวันดัชนี ADL แต่ละด้าน ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนศักยภาพดังนี้

1) Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) คะแนน 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ คะแนน 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตัก เตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า คะแนน 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2) Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) คะแนน 0 ต้องการความช่วยเหลือ คะแนน 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3) Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) คะแนน 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น คะแนน 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ คะแนน 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย คะแนน 3 ทำได้เอง

4) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) คะแนน 0 ช่วยตัวเองไม่ได้ คะแนน 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง คะแนน 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) คะแนน 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ คะแนน 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ คะแนน 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย คะแนน 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) คะแนน 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย คะแนน 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย คะแนน 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7) Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) คะแนน 0 ไม่สามารถทำได้ คะแนน 1 ต้องการคนช่วย คะแนน 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8) Bathing (การอาบน้ำ) คะแนน 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ คะแนน 1 อาบน้ำเองได้

9) Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) คะแนน 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ คะแนน 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) คะแนน 2 กลั่นได้เป็นปกติ

10) Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ คะแนน 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) คะแนน 2 กลั่นได้เป็นปกติ

ข้อมูล IADL เป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินศักยภาพทางสมอง ด้านความคิด การตัดสินใจ และความจำ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 8 ด้าน ตามแบบประเมินดัชนีของลอว์ตัน (Lawton: Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ได้แก่ ความสามารถในการโทรศัพท์ (Use Telephone) ความสามารถในการซื้อของไม่หลงลืม (Shopping) ความสามารถในการเตรียมอาหาร (Food Preparation) ความสามารถในการทำงานบ้าน (Housekeeping) ความสามารถในการซักรีดเสื้อผ้า (Laundry) ความสามารถในการเดินทางไม่หลงลืม (Transportation) ความสามารถในการหยิบยารับประทานเองได้ถูกชนิด เวลา ปริมาณ (Own Medications) ความสามารถในการใช้จ่ายเงินได้ถูกต้อง (Handle Finances)

คะแนนของดัชนีลอร์ดัน มี 2 ระดับ หากทำได้ถูกต้องจัดอยู่ในกลุ่มอิสระไม่พึ่งพิง ทำไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ดังนั้นแบบประเมินนี้นักวิจัยใช้สำรวจข้อมูลเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทำนายสถานการณ์กรณีผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลจะสามารถดูแลตนเองใน 8 ด้านได้ระดับใด

ผลการประเมินด้วยดัชนีบาร์เทิล และดัชนีลอร์ดันสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1.34 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุไม่พึ่งพิง ผู้สูงอายุจะพึ่งตนเองได้ในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งใน 8 ด้าน

1.35 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจะพึ่งตนเองไม่ได้ ในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งใน 8 ด้าน

แบบประเมินศักยภาพการพึ่งพิงกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชั้นกลางของลอร์ดัน ทั้ง 8 ด้านเป็นการประเมินศักยภาพของสมองที่เน้นด้านความคิด ตัดสินใจ และความจำ หากผู้สูงอายุไม่มีปัญหาสมองเสื่อม หลงลืม หรือเป็นโรคอัลไซเมอร์ และไม่มีปัญหาอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับดัชนีบาร์เทิล ผลการประเมินตามดัชนีลอร์ดันก็จะปกติ ผลการประเมินตามดัชนี IADL หากปฏิบัติได้ก็จะเป็นกลุ่มปกติไม่พึ่งพิง แต่หากมีปัญหาปฏิบัติได้บ้างไม่ได้บ้างจะจัดเป็นกลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย หากปฏิบัติไม่ได้เลยจะเป็นกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

1) Ability to Use Telephone (ความสามารถในการใช้โทรศัพท์) ใช้โทรศัพท์ได้ถูกต้อง ทั้งการอ่านและการกดเบอร์ (1 คะแนน) กดได้เฉพาะเบอร์สำคัญ (1 คะแนน) รับโทรศัพท์ได้แต่กดเบอร์ไม่ได้ (1 คะแนน) ไม่สามารถทั้งรับโทรศัพท์พูดรู้เรื่องและกดเบอร์โทรศัพท์ (0 คะแนน)

2) Shopping (การจับจ่ายซื้อของ) จับจ่ายซื้อของได้ตามต้องการอย่างอิสระ (1 คะแนน) จับจ่ายซื้อของได้เฉพาะของเล็ก ๆ น้อยๆ (0 คะแนน) ต้องการความช่วยเหลือแนะนำในการจับจ่ายซื้อของ (0 คะแนน) ไม่สามารถจับจ่ายซื้อของได้ (0 คะแนน)

3) Food Preparation (การเตรียมอาหาร) วางแผน จัดเตรียม เสริฟอาหารแต่ละมื้อได้อย่างพอเพียงโดยไม่ต้องพึ่งพิง (0 คะแนน) เตรียมอาหารแต่ละมื้อได้หากมีการเตรียมวัตถุดิบไว้ให้ (0 คะแนน) อุ่น และเสริฟอาหารแต่ละมื้อ แต่ไม่สามารถจัดการให้พอดีแต่ละมื้อได้ (0 คะแนน) ต้องการอาหารที่จัดเตรียมแล้วและพร้อมเสริฟ (0 คะแนน)

4) Housekeeping (การทำงานบ้าน) ทำงานบ้านได้ตามลำพัง มีผู้ช่วยสำหรับงานบ้านที่หนัก ๆ (1 คะแนน) ทำงานบ้านที่ไม่หนักมากได้ เช่น ล้างจาน จัดเตียง (1 คะแนน) ทำงานบ้านที่ไม่ค่อยหนักได้ แต่ไม่ค่อยรักษามาตรฐานความสะอาดได้ (1 คะแนน) ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านทุกอย่าง (1 คะแนน) ไม่สนใจงานบ้านทุกชนิด (0 คะแนน)

5) Laundry (การซักรีด) ซักรีดเสื้อผ้าได้อย่างดีด้วยตัวเอง (1 คะแนน) ซักผ้าได้บางชิ้นเล็ก ๆ เช่น ถุงเท้า (1 คะแนน) งานซักรีดทุกอย่างต้องการความช่วยเหลือ (0 คะแนน)

6) Mode of Transportation (การเดินทาง) เดินทางได้โดยลำพังกับรถสาธารณะหรือขับรถเองได้ (1 คะแนน) เดินทางได้เองโดยแท็กซี่ แต่ใช้รถสาธารณะไม่ได้ (1 คะแนน) เดินทางด้วยรถสาธารณะได้หากมีผู้ดูแล (1 คะแนน) มีข้อจำกัดในการเดินทางด้วยรถแท็กซี่แม้มีผู้ดูแล (0 คะแนน) เดินทางไปไหนไม่ได้ (0 คะแนน)

7) Responsibility for Own Medications (การรับประทานยา) รับประทานยาได้ ถูกขนาด ถูกเวลา (1 คะแนน) รับประทานยาได้หากมีการจัดยาไว้ให้ทาน (1 คะแนน) ไม่สามารถรับประทานยาเองได้ (0 คะแนน)

8) Ability to Handle Finances (การบริหารจัดการการเงิน) บริหารจัดการเงินได้อย่างปกติทั้งด้านรายรับรายจ่าย เชค ใบเสร็จต่างๆ (1 คะแนน) จัดการซื้อของวันต่อวันได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องธนาคาร (1 คะแนน) ไม่สามารถจัดการเรื่องเงินได้ (0 คะแนน)

การตัดสินคะแนนภาวะการพึงพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีลอว์ตันจึงมี 2 ระดับ คือทำได้ กับทำไม่ได้

ข้อมูล ADL และ IADL ผู้วิจัยได้นำมาหาความสัมพันธ์กับผลการตรวจสอบสภาพเพื่อประเมินภาวะพึ่งพิงทั้งสามกลุ่มซึ่งการนำเสนอข้อมูล ADL, IADL วิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pearson Chi-square Test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Contingency Coefficient นำเสนอข้อมูลในรูปตาราง

1.4 การศึกษาความสามารถของดัชนีชีวิตที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนุบำรุงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมตามดัชนีบาร์เทิล โดยนำมามาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุของ ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะ (2548) ได้แก่ มาตรฐาน ห้องส้วม ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว บันได แล้วเก็บข้อมูลด้วยภาพถ่ายทุกจุดของห้องส้วม ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องครัว บันได โดยได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ถอดมาตรฐานที่อยู่อาศัยแต่ละห้องของไตรรัตน์มาเป็นมาตรฐานย่อย แล้วประเมินที่อยู่อาศัยจริงของบ้านผู้สูงอายุกับเกณฑ์มาตรฐาน

1.5 การศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปวิเคราะห์ว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมในด้านที่กำหนด ได้แก่ด้าน ทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้น การจัดการแผลต่อโรคเบาหวาน การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค

1.6 เสนอรูปแบบการการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

บทที่ 4

ผลการวิจัย

วิจัยฉบับนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ศึกษาความสามารถของดัชนีชีวิตที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ และศึกษาความสามารถของดัชนีชีวิตศักยภาพครอบครัวต่อการทำนายการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

สำหรับงานวิจัยนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน คือการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สถานะการเจ็บป่วย การประเมินดัชนีบาร์เทิล ADL ซึ่งการศึกษาแต่ละครั้งมีผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับปัจจัยเหตุผล ความพร้อมของผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ณ เวลานั้น ดังนั้นผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์นี้ จะรายงานผลการศึกษาวิจัยตามตัวแปรที่เกี่ยวข้องปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความต้องการสูงสุด
2. ข้อมูลภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire : (PHQ-9) สำหรับผู้สูงอายุ
3. ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) 8 ด้าน
4. ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุตามดัชนีลอว์ตัน (IADL) 10 ด้าน
5. ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองและการตรวจสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป

ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความต้องการสูงสุด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน คือผู้สูงอายุจากพื้นที่ทดลองจำนวน 348 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.4 (130 คน) เพศหญิง ร้อยละ 62.6 (218 คน) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่มตามช่วงอายุ กลุ่มที่ 1 อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 24.1 (84 คน) กลุ่มที่ 2 อายุ 65-69 ปี มีจำนวนร้อยละ 19.0 (66 คน) กลุ่มที่ 3 อายุ 70-74 ปี มีจำนวนร้อยละ 16.4 (57 คน) กลุ่มที่ 4 อายุ 75-79 ปี มีจำนวนร้อยละ 17.5 (61 คน) กลุ่มที่ 5 อายุ 80-84 ปี มีจำนวนร้อยละ 14.7 (51 คน) กลุ่มที่ 6 อายุ 85-89 ปี มีจำนวนร้อยละ 4.3 (15 คน) กลุ่มที่ 7 อายุ 90-94 ปี มีจำนวนร้อยละ 3.7 (13 คน) กลุ่มที่ 8 อายุ 95-99 ปี มีจำนวนร้อยละ 3 (1 คน) อายุเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 348 คน 72.28 ± 8.576

ตารางที่ 4.1 สถานภาพสมรสผู้สูงอายุแยกตามกลุ่มอายุ

สถานภาพ สมรส	อายุเป็นกลุ่ม (คน)								รวม
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	
โสด(ไม่ แต่งงาน)	9	1	3	0	1	0	0	0	14
ร้อยละ	2.6%	.3%	.9%	.0%	.3%	.0%	.0%	.0%	4.0%
สมรส(ยังอยู่ กับคู่ครอง)	58	47	40	38	21	1	3	0	208
ร้อยละ	16.7%	13.5%	11.5%	10.9%	6.0%	.3%	.9%	.0%	59.8%
สมรส(แยกกัน อยู่กับคู่ครอง)	10	1	2	0	1	0	1	0	15
ร้อยละ	2.9%	.3%	.6%	.0%	.3%	.0%	.3%	.0%	4.3%
สมรส(คู่ครอง เสียชีวิต)	7	17	12	23	27	14	9	1	110
ร้อยละ	2.0%	4.9%	3.4%	6.6%	7.8%	4.0%	2.6%	.3%	31.6%
อื่นๆ	0	0	0	0	1	0	0	0	1
ร้อยละ	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	.0%	.0%	.0%	.3%
รวม	84	66	57	61	51	15	13	1	348
ร้อยละ	24.1%	19.0%	16.4%	17.5%	14.7%	4.3%	3.7%	.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 59.8 สมรส (ยังอยู่คู่ครอง) รองลงมาร้อยละ 31.6 สมรส (คู่ครองเสียชีวิต) ที่เหลือคือโสดและแยกกันอยู่กับคู่ครอง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5.8 ที่มีผู้ดูแล กลุ่มที่เหลือต้องดูแลตนเอง

ตารางที่ 4.2 อาชีพปัจจุบันกับกลุ่มอายุผู้สูงอายุ

กลุ่ม อายุ	จำนวน /ร้อย ละ	อาชีพปัจจุบัน									รวม
		รับ ราชการ	ข้าราชการ บำนาญ	ทำสวน	ทำ นา	ทำไร่	เลี้ยง สัตว์	ประมง	ค้า ขาย	รับจ้าง รายวัน	
60-64	จำนวน	2	1	54	0	0	0	11	2	14	84
	ร้อยละ	.6%	.3%	15.5%	.0%	.0%	.0%	3.2%	.6%	4.0%	24.1%
65-69	จำนวน	0	4	39	0	0	0	5	0	18	66
	ร้อยละ	.0%	1.1%	11.2%	.0%	.0%	.0%	1.4%	.0%	5.2%	19.0%
70-74	จำนวน	0	3	18	1	0	0	7	0	28	57
	ร้อยละ	.0%	.9%	5.2%	.3%	.0%	.0%	2.0%	.0%	8.0%	16.4%
75-79	จำนวน	1	0	15	1	1	1	6	1	35	61
	ร้อยละ	.3%	.0%	4.3%	.3%	.3%	.3%	1.7%	.3%	10.1%	17.5%
80-84	จำนวน	0	0	14	0	0	0	1	1	35	51
	ร้อยละ	.0%	.0%	4.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	.3%	10.1%	14.7%

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	อาชีพปัจจุบัน									รวม
		รับราชการ	ข้าราชการบำนาญ	ทำสวน	ทำนา	ทำไร่	เลี้ยงสัตว์	ประมง	ค้าขาย	รับจ้างรายวัน	
85-89	จำนวน	0	0	1	0	0	0	0	1	13	15
	ร้อยละ	.0%	.0%	.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	3.7%	4.3%
90-94	จำนวน	0	0	0	0	0	0	0	2	11	13
	ร้อยละ	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	3.2%	3.7%
95-99	จำนวน	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	ร้อยละ	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	.3%
	จำนวน	3	8	141	2	1	1	30	7	155	348
	ร้อยละ	.9%	2.3%	40.5%	.6%	.3%	.3%	8.6%	2.0%	44.5%	100.0%

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 44.5 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน ผู้สูงอายุร้อยละ 40.5 ประกอบอาชีพทำสวน สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .515 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบระดับการศึกษากับเพศของผู้สูงอายุ

เพศ	จบการศึกษาระดับ									รวม
	ไม่เรียนหนังสือ	เรียนไม่จบ ป.4	ป.4	ป.6	ป.7	อนุ ปริญญา	ปริญญาตรี	ปริญญาโท	อื่นๆ	
ชาย	18	16	82	2	1	2	5	1	3	130
ร้อยละ	5.2%	4.6%	23.6%	.6%	.3%	.6%	1.4%	.3%	.9%	37.4%
หญิง	30	27	156	3	1	0	1	0	0	218
ร้อยละ	8.6%	7.8%	44.8%	.9%	.3%	.0%	.3%	.0%	.0%	62.6%
รวม	48	43	238	5	2	2	6	1	3	348
ร้อยละ	13.8%	12.4%	68.4%	1.4%	.6%	.6%	1.7%	.3%	.9%	100.0%

จากตารางที่ 4.3 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.4 จบการศึกษาระดับชั้น ป.4 รองลงมาร้อยละ 13.8 ไม่เรียนหนังสือ เมื่อแยกเพศพบว่า เพศชายร้อยละ 23.6 จบการศึกษาชั้น ป.4 เช่นเดียวกับเพศหญิงร้อยละ 44.8 จบการศึกษาชั้น ป.4

ตารางที่ 4.4 ที่มาของรายได้ผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุ

อายุเป็นกลุ่ม	ที่มาของรายได้ผู้สูงอายุ			อายุเป็นกลุ่ม	ที่มาของรายได้ผู้สูงอายุ		
	ทำงานเอง	ผู้อื่นให้	รวม		ทำงานเอง	ผู้อื่นให้	รวม
60-64	67	17	84	80-84	12	39	51
ร้อยละ	19.3%	4.9%	24.1%	ร้อยละ	3.4%	11.2%	14.7%
65-69	44	22	66	85-89	0	15	15
ร้อยละ	12.6%	6.3%	19.0%	ร้อยละ	.0%	4.3%	4.3%
70-74	28	29	57	90-94	1	12	13
ร้อยละ	8.0%	8.3%	16.4%	ร้อยละ	.3%	3.4%	3.7%
75-79	22	39	61	95-99	0	1	1
ร้อยละ	6.3%	11.2%	17.5%	ร้อยละ	.0%	.3%	.3%
รวมทุกกลุ่มอายุ	174	174	348				
ร้อยละ	50.0%	50.0%	100.0%				

จากตารางที่ 4.4 ผู้สูงอายุร้อยละ 50 ทำงานหารรายได้เลี้ยงชีพตนเอง และร้อยละ 50 ที่ไม่มีรายได้นอกจากรายได้จากผู้อื่นให้ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลูกหลาน คนในครอบครัวให้ เมื่อพิจารณาเป็นกลุ่มอายุพบว่าผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 19.3 ยังต้องทำงานเองมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน

ตารางที่ 4.5 กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวันของผู้สูงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน	รายได้ต่อวัน (บาท)													รวม
	ร้อยละ	1-100	101	201	301	401	501	601	701	801	901-1,000	>1,000	ไม่มีราย ได้	อื่นๆ	
		200	300	400	500	600	700	800	900						
60-64	จำนวน	9	6	23	8	13	3	1	0	0	2	1	17	1	84
	ร้อยละ	2.6%	1.7%	6.6%	2.3%	3.7%	.9%	.3%	.0%	.0%	.6%	.3%	4.9%	.3%	24.1%
65-69	จำนวน	1	8	14	10	4	0	0	0	1	2	1	21	4	66
	ร้อยละ	.3%	2.3%	4.0%	2.9%	1.1%	.0%	.0%	.0%	.3%	.6%	.3%	6.0%	1.1%	19.0%
70-74	จำนวน	5	3	4	6	6	0	1	1	1	2	0	26	2	57
	ร้อยละ	1.4%	.9%	1.1%	1.7%	1.7%	.0%	.3%	.3%	.3%	.6%	.0%	7.5%	.6%	16.4%
75-79	จำนวน	6	8	5	2	4	0	0	0	0	0	2	33	1	61
	ร้อยละ	1.7%	2.3%	1.4%	.6%	1.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	9.5%	.3%	17.5%
80-84	จำนวน	3	2	6	1	0	0	0	0	0	0	1	35	3	51
	ร้อยละ	.9%	.6%	1.7%	.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	10.1%	.9%	14.7%
85-89	จำนวน	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11	1	15
	ร้อยละ	.6%	.0%	.0%	.0%	.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.2%	.3%	4.3%

ช่วงอายุ	จำนวน	รายได้ต่อวัน (บาท)													รวม
	ร้อยละ	1-100	101-200	201-300	301-400	401-500	501-600	601-700	701-800	801-900	901-1,000	>1,000	ไม่มีรายได้	อื่นๆ	
													%		%
90-94	จำนวน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13
	ร้อยละ	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.7%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	ร้อยละ	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	26	27	52	27	28	3	2	1	2	6	5	157	12	348
	ร้อยละ	7.5%	7.8%	14.9%	7.8%	8.0%	.9%	.6%	.3%	.6%	1.7%	1.4%	45.1%	3.4%	100.0%

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ร้อยละ 14.9 มีรายได้ วันละ 200-300 เทียบเท่ารายได้แรงงานขั้นต่ำ ร้อยละ 7.8 มีรายได้วันละ 301-400 บาท ร้อยละ 8 มีรายได้วันละ 401-500 บาท และร้อยละ 7.5 มีรายได้วันละ 1-100 บาท จึงเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีรายได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งสวัสดิการจากรัฐ สอดคล้องกับผลการสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าว

ตารางที่ 4.6 ความต้องการสูงสุดของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	เงิน	ที่อยู่อาศัย	คนดูแล	สุขภาพดี	อื่นๆ	รวม
60-64	จำนวน	15	2	5	56	6	84
	ร้อยละ	4.3%	.6%	1.4%	16.1%	1.7%	24.1%
65-69	จำนวน	11	1	1	52	1	66
	ร้อยละ	3.2%	.3%	.3%	14.9%	.3%	19.0%
70-74	จำนวน	11	0	2	42	2	57
	ร้อยละ	3.2%	.0%	.6%	12.1%	.6%	16.4%
75-79	จำนวน	23	0	1	35	2	61
	ร้อยละ	6.6%	.0%	.3%	10.1%	.6%	17.5%
80-84	จำนวน	4	2	0	40	5	51
	ร้อยละ	1.1%	.6%	.0%	11.5%	1.4%	14.7%
85-89	จำนวน	2	1	0	12	0	15
	ร้อยละ	.6%	.3%	.0%	3.4%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	0	0	0	12	1	13
	ร้อยละ	.0%	.0%	.0%	3.4%	.3%	3.7%
95-99	จำนวน	0	0	0	0	1	1
	ร้อยละ	.0%	.0%	.0%	.0%	.3%	.3%
รวม	จำนวน	66	6	9	249	18	348
	ร้อยละ	19.0%	1.7%	2.6%	71.6%	5.2%	100.0%

จากตารางที่ 4.6 การสำรวจความต้องการสูงสุดของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 ต้องการมีสุขภาพดี รองลงมาร้อยละ 19.0 ต้องการเงินสอดคล้องกับตารางที่ 4.5 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง

ข้อมูลภาวะซึมเศร้า

งานวิจัยนี้ได้นำแบบคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire : (PHQ-9) สำหรับผู้สูงอายุ มาใช้ประเมินความรู้สึกผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนสภาพปัจจุบันว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากน้อยเพียงไร

ตารางที่ 4.7 ความรู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้ ของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	ผู้สูงอายุมีความรู้สึก หดหู เศร้า ท้อแท้			รวม
		มี	ไม่มี	อื่นๆ	
60-64	จำนวน	11	68	5	84
	ร้อยละ	3.2%	19.6%	1.4%	24.2%
65-69	จำนวน	15	47	4	66
	ร้อยละ	4.3%	13.5%	1.2%	19.0%
70-74	จำนวน	6	49	1	56
	ร้อยละ	1.7%	14.1%	.3%	16.1%
75-79	จำนวน	8	50	3	61
	ร้อยละ	2.3%	14.4%	.9%	17.6%
80-84	จำนวน	6	43	2	51
	ร้อยละ	1.7%	12.4%	.6%	14.7%
85-89	จำนวน	1	14	0	15
	ร้อยละ	.3%	4.0%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	4	9	0	13
	ร้อยละ	1.2%	2.6%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	52	280	15	347
	ร้อยละ	15.0%	80.7%	4.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.7 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านความรู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้ ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.7 ไม่มีความรู้สึก หดหู เศร้า ท้อแท้ ซึ่งเป็นสิ่งต้องการแต่อย่างไรรก็ตาม พบว่า ร้อยละ 15 จำนวนถึง 52 คน มีความรู้สึกหดหู เศร้า ท้อแท้

ตารางที่ 4.8 ความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน	ผู้สูงอายุมีความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่ เพลิดเพลิน		รวม
		มี	ไม่มี	
60-64	จำนวน	9	75	84
	ร้อยละ	2.6%	21.6%	24.2%
65-69	จำนวน	13	53	66
	ร้อยละ	3.7%	15.3%	19.0%
70-74	จำนวน	7	49	56
	ร้อยละ	2.0%	14.1%	16.1%
75-79	จำนวน	8	53	61
	ร้อยละ	2.3%	15.3%	17.6%
80-84	จำนวน	9	42	51
	ร้อยละ	2.6%	12.1%	14.7%
85-89	จำนวน	2	13	15
	ร้อยละ	.6%	3.7%	4.3%
90-94	จำนวน	3	10	13
	ร้อยละ	.9%	2.9%	3.7%
95-99	จำนวน	0	1	1
	ร้อยละ	.0%	.3%	.3%
รวม	จำนวน	51	296	347
	ร้อยละ	14.7%	85.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.8 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 85.3 ไม่มีปัญหาเกิดความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน แต่พบผู้สูงอายุร้อยละ 14.7 มีปัญหาเกิดความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน

ตารางที่ 4 9 ความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไรของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	เบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร				รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	61	23	0	0	84
	ร้อยละ	17.5%	6.6%	.0%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	42	23	1	0	66
	ร้อยละ	12.1%	6.6%	.3%	.0%	19.0%
70-74	จำนวน	45	12	0	0	57
	ร้อยละ	12.9%	3.4%	.0%	.0%	16.4%
75-79	จำนวน	41	19	1	0	61
	ร้อยละ	11.8%	5.5%	.3%	.0%	17.5%
80-84	จำนวน	40	11	0	0	51
	ร้อยละ	11.5%	3.2%	.0%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	11	3	0	1	15
	ร้อยละ	3.2%	.9%	.0%	.3%	4.3%
90-94	จำนวน	9	3	1	0	13
	ร้อยละ	2.6%	.9%	.3%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	0	1	0	0	1
	ร้อยละ	.0%	.3%	.0%	.0%	.3%
	จำนวน	249	95	3	1	348
	ร้อยละ	71.6%	27.3%	.9%	.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.9 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไรของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 71.6 ไม่มีความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร แต่ก็พบผู้สูงอายุร้อยละ 27.3 ที่มีความรู้สึกเบื่อ ไม่สนใจ ไม่อยากทำอะไร สถิติทดสอบ Pearson Chi - Square Test ค่า Contingency .319 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.10 ความบ่อยกับความรู้สึกไม่สบายใจ ซีมเศร่า ท่อแทะของผู้สูงอาย

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	ไม่สบายใจ ซีมเศร่า ท่อแทะ				รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	70	14	0	0	84
	ร้อยละ	20.1%	4.0%	.0%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	51	15	0	0	66
	ร้อยละ	14.7%	4.3%	.0%	.0%	19.0%
70-74	จำนวน	46	11	0	0	57
	ร้อยละ	13.2%	3.2%	.0%	.0%	16.4%
75-79	จำนวน	49	9	2	1	61
	ร้อยละ	14.1%	2.6%	.6%	.3%	17.5%
80-84	จำนวน	38	12	1	0	51
	ร้อยละ	10.9%	3.4%	.3%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	14	0	0	1	15
	ร้อยละ	4.0%	.0%	.0%	.3%	4.3%
90-94	จำนวน	8	4	0	1	13
	ร้อยละ	2.3%	1.1%	.0%	.3%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	277	65	3	3	348
	ร้อยละ	79.6%	18.7%	.9%	.9%	100.0%

จากตารางที่ 4.10 การแบบประเมินภาวะซิมเศร่าด้านความบ่อยกับความรู้สึกไม่สบายใจ ซีมเศร่า ท่อแทะของผู้สูงอาย พบว่าผู้สูงอายร้อยละ 79.6 ไม่มีความรู้สึกไม่สบายใจ ซีมเศร่า ท่อแทะ แต่ร้อยละ 18.7 จำนวน 65 คน มีความรู้สึกไม่สบายใจ ซีมเศร่า ท่อแทะ เป็นบางวันใน 1 สัปดาห์

ตารางที่ 4.11 อาการหลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป				รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	67	10	4	3	84
	ร้อยละ	19.3%	2.9%	1.1%	.9%	24.1%
65-69	จำนวน	48	11	3	4	66
	ร้อยละ	13.8%	3.2%	.9%	1.1%	19.0%
70-74	จำนวน	42	10	2	3	57
	ร้อยละ	12.1%	2.9%	.6%	.9%	16.4%
75-79	จำนวน	36	20	3	2	61
	ร้อยละ	10.3%	5.7%	.9%	.6%	17.5%
80-84	จำนวน	39	7	3	2	51
	ร้อยละ	11.2%	2.0%	.9%	.6%	14.7%
85-89	จำนวน	11	2	1	1	15
	ร้อยละ	3.2%	.6%	.3%	.3%	4.3%
90-94	จำนวน	6	7	0	0	13
	ร้อยละ	1.7%	2.0%	.0%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.0%	.3%
	จำนวน	250	67	16	15	348
	ร้อยละ	71.8%	19.3%	4.6%	4.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.11 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอาการหลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไปของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 71.8 ไม่มีอาการหลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป แต่ร้อยละ 19.3 มีอาการหลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไปของผู้สูงอายุในบางวันในสัปดาห์

ตารางที่ 4.12 อาการเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรงของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง				รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	61	19	4	0	84
	ร้อยละ	17.5%	5.5%	1.1%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	49	11	4	2	66
	ร้อยละ	14.1%	3.2%	1.1%	.6%	19.0%
70-74	จำนวน	43	9	5	0	57
	ร้อยละ	12.4%	2.6%	1.4%	.0%	16.4%
75-79	จำนวน	39	18	4	0	61
	ร้อยละ	11.2%	5.2%	1.1%	.0%	17.5%
80-84	จำนวน	36	13	2	0	51
	ร้อยละ	10.3%	3.7%	.6%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	10	2	3	0	15
	ร้อยละ	2.9%	.6%	.9%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	9	4	0	0	13
	ร้อยละ	2.6%	1.1%	.0%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	248	76	22	2	348
	ร้อยละ	71.3%	21.8%	6.3%	.6%	100.0%

จากตารางที่ 4.12 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอาการเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรงของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 71.3 ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง แต่ผู้สูงอายุร้อยละ 21.8 มีอาการเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง

ตารางที่ 4.13 อาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	61	21	2	0	84
	ร้อยละ	17.5%	6.0%	.6%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	51	11	1	3	66
	ร้อยละ	14.7%	3.2%	.3%	.9%	19.0%
70-74	จำนวน	44	10	1	2	57
	ร้อยละ	12.6%	2.9%	.3%	.6%	16.4%
75-79	จำนวน	41	16	1	3	61
	ร้อยละ	11.8%	4.6%	.3%	.9%	17.5%
80-84	จำนวน	36	11	2	2	51
	ร้อยละ	10.3%	3.2%	.6%	.6%	14.7%
85-89	จำนวน	10	3	1	1	15
	ร้อยละ	2.9%	.9%	.3%	.3%	4.3%
90-94	จำนวน	8	3	1	1	13
	ร้อยละ	2.3%	.9%	.3%	.3%	3.7%
95-99	จำนวน	0	1	0	0	1
	ร้อยละ	.0%	.3%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	251	76	9	12	348
	ร้อยละ	72.1%	21.8%	2.6%	3.4%	100.0%

จากตารางที่ 4.13 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 72.1 ไม่มีอาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป แต่ผู้สูงอายุร้อยละ 21.8 มีอาการเบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป

ตารางที่ 4.14 ความรู้สึกไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	รู้สึกไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ			รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	80	4	0	84
	ร้อยละ	23.0%	1.1%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	60	6	0	66
	ร้อยละ	17.2%	1.7%	.0%	19.0%
70-74	จำนวน	54	3	0	57
	ร้อยละ	15.5%	.9%	.0%	16.4%
75-79	จำนวน	53	8	0	61
	ร้อยละ	15.2%	2.3%	.0%	17.5%
80-84	จำนวน	47	4	0	51
	ร้อยละ	13.5%	1.1%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	14	1	0	15
	ร้อยละ	4.0%	.3%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	11	1	1	13
	ร้อยละ	3.2%	.3%	.3%	3.7%
95-99	จำนวน	0	1	0	1
	ร้อยละ	.0%	.3%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	319	28	1	348
	ร้อยละ	91.7%	8.0%	.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.14 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านความรู้สึกไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 91.7 ไม่มีความรู้สึกไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 8 ที่มีความรู้สึกไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .326 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.15 สมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	สมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ			รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	82	2	0	84
	ร้อยละ	23.6%	.6%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	62	3	1	66
	ร้อยละ	17.8%	.9%	.3%	19.0%
70-74	จำนวน	53	3	1	57
	ร้อยละ	15.2%	.9%	.3%	16.4%
75-79	จำนวน	53	8	0	61
	ร้อยละ	15.2%	2.3%	.0%	17.5%
80-84	จำนวน	48	3	0	51
	ร้อยละ	13.8%	.9%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	14	1	0	15
	ร้อยละ	4.0%	.3%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	10	3	0	13
	ร้อยละ	2.9%	.9%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	323	23	2	348
	ร้อยละ	92.8%	6.6%	.6%	100.0%

จากตารางที่ 4.15 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านสมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 92.8 ไม่มีอาการสมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.6 มีอาการสมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ

ตารางที่ 4.15 สมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	สมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ			รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นทุกวัน	
60-64	จำนวน	82	2	0	84
	ร้อยละ	23.6%	.6%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	62	3	1	66
	ร้อยละ	17.8%	.9%	.3%	19.0%
70-74	จำนวน	53	3	1	57
	ร้อยละ	15.2%	.9%	.3%	16.4%
75-79	จำนวน	53	8	0	61
	ร้อยละ	15.2%	2.3%	.0%	17.5%
80-84	จำนวน	48	3	0	51
	ร้อยละ	13.8%	.9%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	14	1	0	15
	ร้อยละ	4.0%	.3%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	10	3	0	13
	ร้อยละ	2.9%	.9%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	323	23	2	348
	ร้อยละ	92.8%	6.6%	.6%	100.0%

จากตารางที่ 4.15 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านสมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 92.8 ไม่มีอาการสมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ แต่มีผู้สูงอายุร้อยละ 6.6 มีอาการสมารถไม่ใช้เวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ

ตารางที่ 4.16 การพูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน/ ร้อยละ	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือกระสับกระส่าย ไม่ สามารถอยู่นิ่งได้				รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบาง วัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุก วัน	
60-64	จำนวน	83	0	1	0	84
	ร้อยละ	23.9%	.0%	.3%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	65	1	0	0	66
	ร้อยละ	18.7%	.3%	.0%	.0%	19.0%
70-74	จำนวน	55	2	0	0	57
	ร้อยละ	15.8%	.6%	.0%	.0%	16.4%
75-79	จำนวน	57	3	1	0	61
	ร้อยละ	16.4%	.9%	.3%	.0%	17.5%
80-84	จำนวน	48	3	0	0	51
	ร้อยละ	13.8%	.9%	.0%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	12	1	2	0	15
	ร้อยละ	3.4%	.3%	.6%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	11	1	0	1	13
	ร้อยละ	3.2%	.3%	.0%	.3%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	332	11	4	1	348
	ร้อยละ	95.4%	3.2%	1.1%	.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.16 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านการพูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 95.4 ไม่มีอาการพูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ พบเพียงร้อยละ 3.2 จำนวน 11 คนที่มีอาการพูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ สถิติทดสอบ Pearson Chi - Square Test ค่า Contingency .368 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.17 การคิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน / ร้อยละ	คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี			รวม
		ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	
60-64	จำนวน	84	0	0	84
	ร้อยละ	24.1%	.0%	.0%	24.1%
65-69	จำนวน	65	1	0	66
	ร้อยละ	18.7%	.3%	.0%	19.0%
70-74	จำนวน	57	0	0	57
	ร้อยละ	16.4%	.0%	.0%	16.4%
75-79	จำนวน	59	1	1	61
	ร้อยละ	17.0%	.3%	.3%	17.5%
80-84	จำนวน	48	3	0	51
	ร้อยละ	13.8%	.9%	.0%	14.7%
85-89	จำนวน	14	1	0	15
	ร้อยละ	4.0%	.3%	.0%	4.3%
90-94	จำนวน	13	0	0	13
	ร้อยละ	3.7%	.0%	.0%	3.7%
95-99	จำนวน	1	0	0	1
	ร้อยละ	.3%	.0%	.0%	.3%
รวม	จำนวน	341	6	1	348
	ร้อยละ	98.0%	1.7%	.3%	100.0%

จากตารางที่ 4.17 การแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้านการคิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดีของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 98.0 ไม่มีการคิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี มีเพียงร้อยละ 1.7 หรือ 6 คนที่คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี

ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) 8 ด้าน

เครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Active Daily Living : ADL) ของบาร์เทิล (Barthel's index) ที่ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานสาธารณสุขทั้งในประเทศและต่างประเทศ เดิมทีเครื่องมือนี้ใช้ประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล แต่ปัจจุบันได้นำมาประเมินศักยภาพผู้สูงอายุกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายโดยใช้สอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือจากการสังเกตพฤติกรรมผู้สูงอายุ และสามารถสอบถามจากผู้สูงอายุได้เองด้วย ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ด้านที่ปฏิบัติบ่อยที่สุดของทุกวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Feeding) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming) การลุกนั่ง (Transfer) การใช้ห้องส้วม (Toilet use) การเคลื่อนที่ (Mobility) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การขึ้นลงบันได (Stairs) การอาบน้ำ (Bathing) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (Bowels) การกลั้นปัสสาวะ (Bladder) โดยแบ่งระดับความสามารถของผู้สูงอายุออกตามภาวะพึ่งพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทิล เป็น 3 ระดับคือภาวะไม่พึ่งพิง(Independence) คะแนนอาจเป็น 1 หรือ 2 ต่อข้อ และต้องได้ผลรวมคะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือบ้างบางด้าน (Moderate dependence) คะแนนรายข้อเป็น 1 บางข้อไม่มีการประเมินระดับกลาง จึงไม่มีคะแนนข้อนี้ ผู้สูงอายุระดับนี้ต้องมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (Dependence) คะแนนรายข้อเป็น 0 หรืออาจเป็น 1 (กรณีข้อนั้นประเมิน 2 ระดับไม่มีระดับกลาง) มีผลรวมคะแนน อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน (ศุภมาตริ อิศระพันธุ์,2556)

ตารางที่ 4 18 ผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL)

Active daily:ADL (N=348)	ปกติ	ต้องการความช่วยเหลือ บางส่วนเวลา	ต้องการความช่วยเหลือ โดยสมบูรณ์
Transfer (การลุกนั่ง)	96.3% (335)	1.7% (6)	2% (7)
Mobility (การเคลื่อนที่)	90.5 % (315)	7.8% (27)	1.7% (6)
Bladder(การกลั้นปัสสาวะ)	84.5% (294)	10.6% (37)	4.9% (17)
Bowels(การกลั้นการถ่ายอุจจาระ)	91.1% (317)	2.9% (10)	3.7% (13)
Toilet use (การใช้ส้วม)	95.4% (332)	2.9% (10)	1.7% (6)
Grooming (การล้างหน้าตา)	97.1% (338)	1.1% (4)	1.7% (6)
Bathing (การอาบน้ำ)	95.1% (331)	2% (7)	2.9% (10)
Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	89.1% (310)	9.2% (32)	1.7% (6)
Feeding (การรับประทานอาหาร)	97.1% (338)	0.9% (3)	2.0% (7)
stairs (การขึ้นลงบันได)	87.1% (303)	3.4% (12)	9.5% (33)

2.3% (8) ถ่ายยาก

จากตารางที่ 4.18 ผลการประเมินผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 92.33 (321 คน) ยังไม่มีภาวะพึ่งพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) ผู้สูงอายุร้อยละ 4.49 (16 คน) มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือบ้าง และผู้สูงอายุร้อยละ 3.18 (11 คน) มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ จากผู้สูงอายุ 348 คน เมื่อพิจารณาตามดัชนีบาร์เทิลพบว่า ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้างสูงที่สุดคือการกลั้นปัสสาวะร้อยละ 10.6 (37 คน) การสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 9.2 (32 คน) และการเคลื่อนที่ร้อยละ 7.8 (27 คน) สำหรับภาวะการพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ตามดัชนีบาร์เทิล ร้อยละ 9.5 (33 คน) คือการขึ้นลงบันได ร้อยละ 4.9 (17 คน) คือการกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 3.7 (13 คน) คือการกลั้นอุจจาระ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีบาร์เทิลกับปัจจัยด้านสุขภาพ พบความสัมพันธ์บางด้านดังนี้

ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับดัชนีบาร์เทิล (ADL) ของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ กับดัชนีบาร์เทิล (ADL) (n=173)	Pearson Chi-Square Test			Contingency Coefficient	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	Approx. Sig.
เพศกับดัชนีมวลกาย BMI (n=173)	10.655 ^a	4	.031	.241	.031
เพศกับขนาดรอบเอว (n=173)	26.571 ^a	2	.000	.365	.000
อายุกับดัชนีมวลกาย BMI (n=173)	152.214 ^a	124	.043	.684 [*]	.043
กลุ่มอายุกับดัชนีมวลกาย BMI (n=173)	40.938 ^a	24	.017	.450	.017
เพศกับอาชีพ (n=348)	21.198 ^a	9	.012	.240	.012
กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวัน (n=348)	124.201 ^a	84	.003	.513 [*]	.003
กลุ่มอายุกับอาชีพ (n=348)	129.934 ^a	63	.000	.521 [*]	.000
สถานภาพสมรสกับการลูกนั่ง (transfer) (n=348)	23.351 ^a	8	.003	.251	.003
สถานภาพสมรสกับการใช้ส้วม (toilet use) (n=348)	25.015 ^a	8	.002	.259	.002
สถานภาพสมรสกับการรับประทานอาหาร (feeding) (n=348)	16.467 ^a	8	.036	.213	.036
ระดับการศึกษากับการขึ้นลงบันได (stair) (n=348)	40.311 ^a	16	.001	.322	.001
อาชีพกับการลูกนั่ง (transfer) (n=348)	71.022 ^a	16	.000	.412	.000
อาชีพกับการเคลื่อนย้าย (mobility) (n=348)	45.534 ^a	16	.000	.340	.000
อาชีพกับการกลั้นปัสสาวะ (bladder) (n=348)	32.530 ^a	16	.009	.292	.009

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ กับดัชนีบาร์เทล (ADL) (n=173)	Pearson Chi-Square Test			Contingency Coefficient	
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Value	Approx. Sig.
อาชีวะกับการกลืนอาหาร (bowel) (n=348)	81.218 ^a	24	.000	.435	.000
อาชีวะกับการใช้ส้วม (toilet used) (n=348)	44.275 ^a	16	.000	.336	.000
อาชีวะกับการทำความสะอาดใบหน้า (grooming) (n=348)	38.828 ^a	16	.001	.317	.001
อาชีวะกับการรับประทานอาหาร (feeding) (n=348)	33.880 ^a	16	.006	.298	.006
อาชีวะกับการขึ้นลงบันได (stair) (n=348)	31.586 ^a	16	.011	.288	.011

จากตารางที่ 4.19 ผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน สถิติทดสอบ Pearson Chi - Square Test ค่า Contingency อายุกับดัชนีมวลกาย ($r=.684, p<.05$) กลุ่มอายุกับอาชีวะ ($r=.521, p<.05$) และ กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวัน ($r=.513, p<.05$) ตามลำดับ

ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีลอว์ตัน (IADL) 10 ด้าน

เครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นกลาง หรือกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทักษะความสามารถด้านสติปัญญา เป็นเครื่องมือของลอว์ตัน (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living :IADL) ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทักษะทางสติปัญญา 8 ด้านได้แก่ การใช้โทรศัพท์ (Use Telephone) การซื้อของ (Shopping) การเตรียมปรุงอาหาร (Food Preparation) การทำงานบ้าน (Housekeeping) การซักผ้า (Laundry) การเดินทาง (Transportation) การหยิบยารับประทานเอง (Own Medications) การใช้จ่ายเงิน (Handle Finances) คะแนนมี 3 ระดับทำได้ถูกต้องจัดอยู่ในกลุ่มอิสระ ไม่พึ่งพิง ทำได้บ้างบางเรื่องทำไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อยถึงพึ่งพิงมาก และส่วนใหญ่ทำไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ แบบประเมิน IADL นี้อาจยังไม่เหมาะกับผู้สูงอายุไทยบางเรื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์ แต่ก็สามารถใช้ประเมินได้หากผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ในชนบทห่างไกลมาก แต่เครื่องมือนี้ยังไม่เหมาะกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุไทย 3 ด้านคือ การปรุงอาหาร การซื้อของ การซักผ้า และการทำงานบ้าน (ศุภมาตร์ อิศระพันธุ์, 2556) จากการศึกษาดัชนีลอว์ตันซึ่งเป็นการดำเนินกิจวัตรประจำวันดังนี้

ตารางที่ 4.20 พฤติกรรมการใช้โทรศัพท์ของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	การใช้โทรศัพท์ use telephone			
	จำได้กดถูกต้อง (ร้อยละ/คน)	จำไม่ได้ กดไม่ ถูกต้อง (ร้อยละ/คน)	ไม่มีโทรศัพท์ (ร้อยละ/คน)	รวม (ร้อยละ/คน)
60-64	16.7% (58)	6.6% (23)	.9% (3)	24.1% (84)
65-69	12.6% (44)	5.2% (18)	1.1% (4)	19.0% (66)
70-74	8.9% (31)	4.6% (16)	2.9% (10)	16.4% (57)
75-79	6.9% (24)	9.5% (33)	1.1% (4)	17.5% (61)
80-84	3.7% (13)	9.8% (34)	1.1% (4)	14.7% (51)
85-89	1.4% (5)	2.0% (7)	.9% (3)	4.3% (13)
90-94	.6% (2)	3.2% (11)	.0% (0)	3.7% (13)
95-99	.0% (0)	.3% (1)	.0% (0)	.3% (1)
รวม	50.9% (177)	41.1% (143)	8.0% (28)	100.0% (348)

จากตารางที่ 4.20 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50.9 (177 คน) จำได้กดถูกต้อง ร้อยละ 41.1 (143 คน) จำไม่ได้ กดไม่ถูกต้อง ร้อยละ 8.0 (28 คน) ไม่มีโทรศัพท์ใช้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่งที่ประสบความสำเร็จ ยุ่งยากเวลาใช้โทรศัพท์ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการใช้โทรศัพท์ สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .387 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.21 กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการเตรียมปรุงอาหารตามดัชนีลอร์ดัน

กลุ่มอายุ	การเตรียมปรุงอาหาร food preparation		
	ปรุงเอง	ไม่ได้เตรียมปรุง เอง	รวม
60-64	16.7% (58)	7.5% (26)	24.1% (84)
65-69	12.9% (45)	6.0% (21)	19.0% (66)
70-74	11.8% (41)	4.6% (16)	16.4% (57)
75-79	10.6% (37)	6.9% (24)	17.5% (61)
80-84	6.9% (24)	7.8% (27)	14.7% (51)
85-89	1.4% (5)	2.9% (10)	4.3% (15)
90-94	.6% (2)	3.2% (11)	3.7% (13)
95-99	.3% (1)	.0% (0)	.3% (1)
รวม	61.2% (213)	38.8% (135)	100.0% (348)

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.2 (213 คน) ต้องเตรียมปรุงอาหารเอง ไม่ได้เตรียมอาหารเองร้อยละ 38.8 (135 คน) ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการเตรียมปรุงอาหาร สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .271 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.22 กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการจับจ่ายซื้อของตามดัชนีลอร์ดัน

กลุ่มอายุ	การจับจ่ายซื้อของ shopping			
	ไปซื้อด้วยตัวเอง	ฝากซื้อ	มีคนจัดการ ให้	รวม
60-64	15.2% (53)	3.4% (12)	5.5% (19)	24.1% (84)
65-69	11.8% (41)	1.7% (6)	5.5% (19)	19.0% (66)
70-74	8.6% (30)	2.9% (10)	4.9% (17)	16.4% (57)
75-79	6.6% (23)	5.2% (18)	5.7% (20)	17.5% (61)
80-84	5.7% (20)	2.9% (10)	6.0% (21)	14.7% (51)
85-89	.6% (2)	.3% (1)	3.4% (12)	4.3% (15)
90-94	.3% (1)	1.1% (4)	2.3% (8)	3.7% (13)
95-99	.0% (0)	.3% (1)	.0% (0)	.3% (1)
รวม	48.9% (170)	17.8% (62)	33.3% (116)	100.0% (348)

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 48.9 (170 คน) จ้างจ่ายซื้อของด้วยตัวเอง ร้อยละ 17.8 (62 คน) ฝากคนอื่นซื้อ ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการจ้างจ่ายซื้อของสถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .352 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.23 กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการทำงานบ้าน ตามดัชนีลอว์ตัน

กลุ่มอายุ	การทำงานบ้าน housekeeping			
	ทำได้ด้วยตนเอง	ต้องการผู้ช่วยบ้าง	มีผู้ดูแลตลอดเวลา	รวม
60-64	19.5% (68)	1.7% (6)	2.9% (10)	24.1% (84)
65-69	15.2% (53)	2.9% (10)	.9% (3)	19.0% (66)
70-74	13.5% (47)	1.7% (6)	1.1% (4)	16.4% (57)
75-79	10.1% (35)	3.4% (12)	4.0% (14)	17.5% (61)
80-84	9.8% (34)	3.4% (12)	1.4% (5)	14.7% (51)
85-89	1.4% (5)	1.1% (4)	1.7% (6)	4.3% (15)
90-94	1.4% (5)	1.1% (4)	1.1% (4)	3.7% (13)
95-99	.0% (0)	.0% (0)	.3% (1)	.3% (1)
รวม	71.0% (247)	15.5% (54)	13.5% (47)	100.0% (348)

จากตารางที่ 4.23 พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 71 (247 คน) ยังสามารถทำงานบ้านได้ด้วยตนเอง แต่ร้อยละ 13.5 (47 คน) ต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการทำงานบ้าน สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .348 ($p < .05$)

ตารางที่ 4 24 กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการเดินทางตามดัชนีลอว์ตัน

กลุ่มอายุ	การเดินทางtransportation					
	เดิน	ขับรถยนต์ไปเอง	ขับมอเตอร์ไซด์ไปเอง	ปั่นจักรยานไปเอง	มีรถรับส่งมีผู้ดูแล	รวม
60-64	6.0% (21)	2.0% (7)	5.5% (19)	.9% (3)	9.8% (34)	24.1% (84)
65-69	4.6% (16)	2.3% (8)	3.7% (13)	.9% (3)	7.5% (26)	19 0% (66)
70-74	3.7% (13)	1.1% (4)	4.0% (14)	.9% (3)	6.6% (23)	16 4% (57)
75-79	6.6% (23)	.6% (2)	1.7% (6)	.9% (3)	7.8% (27)	17 5% (61)
80-84	6.0% (21)	1.1% (4)	1.1% (4)	.9% (3)	5.5% (19)	14.7% (51)
85-89	1.4% (5)	.3%(1)	.0%(0)	.0%(0)	2.6%(9)	4.3%(15)
90-94	1.4%(5)	.0%(0)	.0%(0)	.3%(1)	2.0%(7)	3.7%(13)
95-99	.3%(1)	.0%(0)	.0%(0)	.0%(0)	.0%(0)	.3%(1)
รวม	30.2%(105)	7.5%(26)	16.1%(56)	4 6%(16)	41.7%(145)	100.0%(348)

จากตารางที่ 4 24 พบว่าผู้สูงอายุมีการเดินทางหลากหลายรูปแบบ ร้อยละ 41.7 (145 คน) มีรถรับส่งมีผู้ดูแล ร้อยละ 30.2 (105 คน) เดิน ใช้ยานพาหนะรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ขับรถยนต์ ขับมอเตอร์ไซด์ และปั่นจักรยาน รวมร้อยละ 28.2 (98 คน) ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการเดินทางด้วยสถิติ Pearson Chi-Square พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 25 กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการซักรีด ตามดัชนีลอว์ตัน

กลุ่มอายุ	การซักรีด laundry			
	ซักเองด้วยเครื่องซักผ้า รีดเอง	ซักเองด้วยมือ รีดเอง	มีคนซักรีดให้	รวม
60-64	14.7% (51)	4.6% (16)	4.9% (17)	24 1% (84)
65-69	9.2% (32)	6.9% (24)	2.9% (10)	19 0% (66)
70-74	9.5% (33)	4.9% (17)	2.0% (7)	16 4% (57)
75-79	6.9% (24)	6.6% (23)	4.0% (14)	17 5% (61)
80-84	5.5% (19)	6.3% (22)	2.9% (10)	14 7% (51)
85-89	1.1% (4)	1.4% (5)	1.7% (6)	4.3% (15)
90-94	.9% (3)	1.1% (4)	1.7% (6)	3.7% (13)
95-99	.3% (1)	.0% (0)	.0% (0)	.3% (1)
รวม	48.0% (167)	31.9% (111)	20.1% (70)	100 0% (348)

จากตารางที่ 4 25 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 48.0 (167 คน) ยังซักผ้าเองด้วยเครื่องซักผ้า รีดเอง ร้อยละ 31.9 (111 คน) ซักเองด้วยมือ รีดเอง ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการซักรีด สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .273 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.26 กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการซักรีด ตามดัชนีลอว์ตัน

อายุเป็น กลุ่ม	การใช้จ่ายเงิน handle finances			
	จำนิตของเงิน จ่ายเงิน นับเงิน ทอนได้ถูกต้อง	จำนิตของเงิน จ่ายเงิน นับเงิน ทอนถูกต้องบ้าง ไม่ถูกต้องบ้าง	จำนิตของเงิน จ่ายเงิน นับเงิน ทอนไม่ถูกต้อง	รวม
60-64	21.3% (74)	2.3% (8)	.6% (2)	24.1% (84)
65-69	17.5% (61)	.9% (3)	.6% (2)	19.0% (66)
70-74	16.1% (56)	.3% (1)	.0% (0)	16.4% (57)
75-79	14.7% (51)	1.7% (6)	1.1% (4)	17.5% (61)
80-84	10.3% (36)	3.4% (12)	.9% (3)	14.7% (51)
85-89	3.7% (13)	.3% (1)	.3% (1)	4.3% (15)
90-94	2.6% (9)	.6% (2)	.6% (2)	3.7% (13)
95-99	.0% (0)	.0% (0)	.3% (1)	.3% (1)
รวม	86.2% (300)	9.5% (33)	4.3% (15)	100.0% (348)

จากตารางที่ 4 26 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 86.2 (300 คน) มีความสามารถด้านการใช้จ่ายเงิน ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .355 ($p < .05$)

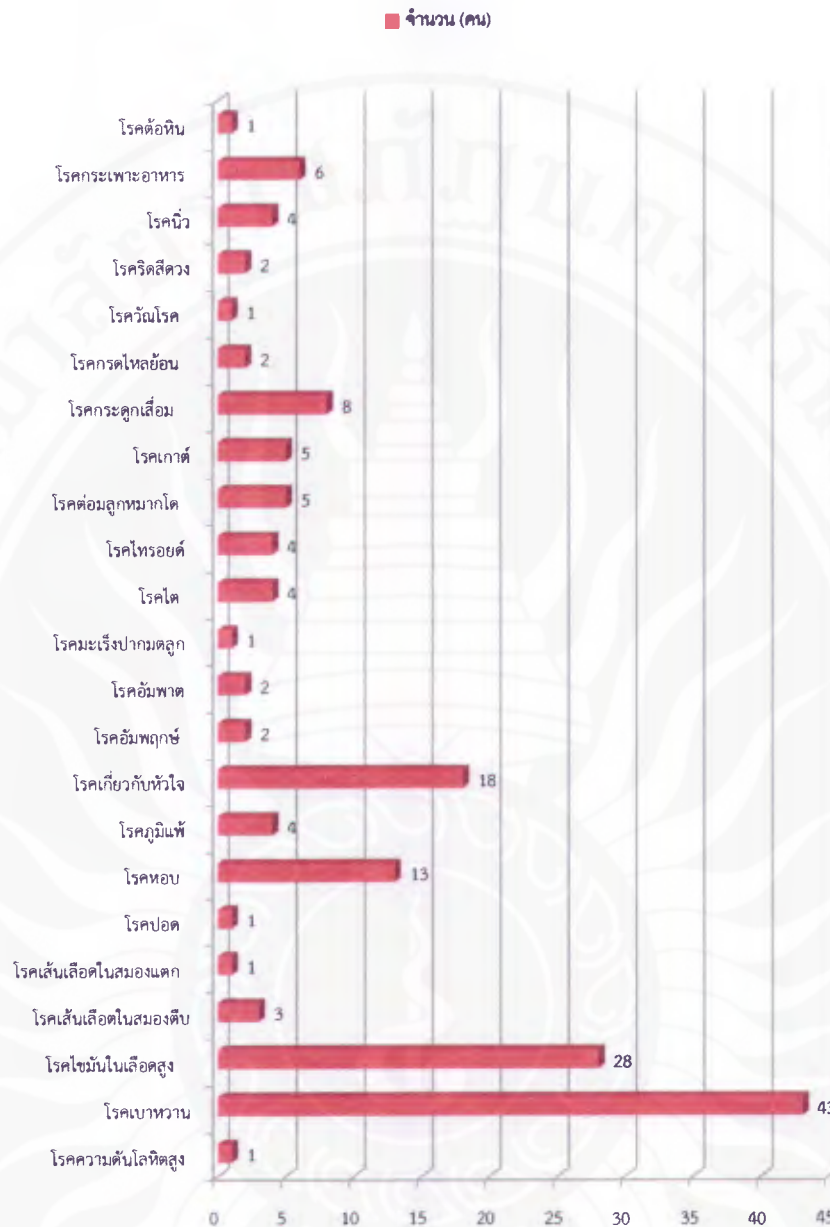
ตารางที่ 4 27 กลุ่มอายุผู้สูงอายุกับการรับประทานยาตามดัชนีลอร์ดัน

กลุ่มอายุ	การรับประทานยา own medication						
	อ่านฉลากยา หยิบยาทานเอง ได้ถูกต้อง	อ่านฉลากยา หยิบยาทาน เองได้บ้าง ไม่ได้บ้าง	มีปัญหา สายตา	อ่านหนังสือ ไม่ออก	เจ็บป่วย	อื่นๆ	รวม
60-64	22.4% (78)	1.4% (5)	.3% (1)	.0% (0)	.0% (0)	.0% (0)	24.1% (84)
65-69	18.1% (63)	.6% (2)	.0% (0)	.3% (1)	.0% (0)	.0% (0)	19.0% (66)
70-74	13.2% (46)	3.2% (11)	.0% (0)	.0% (0)	.0% (0)	.0% (0)	16.4% (57)
75-79	14.7% (51)	2.0% (7)	.3% (1)	.6% (2)	.0% (0)	.0% (0)	17.5% (61)
80-84	8.9% (31)	4.3% (15)	.3% (1)	.9% (3)	.0% (0)	.3% (1)	14.7% (51)
85-89	2.9% (10)	1.1% (4)	.3% (1)	.0% (0)	.0% (0)	.0% (0)	4.3% (15)
90-94	.9% (3)	2.3% (8)	.3% (1)	.0% (0)	.3% (1)	.0% (0)	3.7% (13)
95-99	.3% (1)	.0% (0)	.0% (0)	.0% (0)	.0% (0)	.0% (0)	.3% (1)
รวม	81.3% (283)	14.9% (52)	1.4% (5)	1.7% (6)	.3% (1)	.3% (1)	100.0% (348)

จากตารางที่ 4 27 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 81.3 (283 คน) อ่านฉลากยา หยิบยาทานเองได้ถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตามร้อยละ 14.9 (52 คน) อ่านฉลากยา หยิบยาทานเองได้บ้างไม่ได้บ้าง พบว่าบางรายมีปัญหาสายตา และอ่านหนังสือไม่ออกร้อยละ 3.1 (11 คน) ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุ กับการรับประทานยา สถิติทดสอบ Pearson Chi – Square Test ค่า Contingency .472 ($p < .05$)

ข้อมูลสถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองและการตรวจสุขภาพ

ผลการตรวจสุขภาพจากการซักประวัติและตรวจสุขภาพโดยแพทย์จากผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่าง 348 คน พบผู้สูงอายุมีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ 159 คน ร้อยละ 45.69 ซึ่งโรคที่พบดังภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4. 1 โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่พบในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านปัญหาด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

สำหรับข้อมูลได้สุขภาพได้จากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สำหรับการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่เข้าไปในพื้นที่วิจัย มีผู้สูงอายุอาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 173 คน ซึ่งปรากฏผลดังนี้

ผลการตรวจสุขภาพจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพจำนวน 173 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 27 (46 คน) เพศหญิง ร้อยละ 73 (127 คน) ผลการตรวจสุขภาพมีดังนี้

ตารางที่ 4.28 ร้อยละ และจำนวนผู้สูงอายุระดับน้ำตาลในเลือด

เพศ	ภาวะน้ำตาลในเลือด			รวม
	ภาวะปกติต่ำกว่า 100 mg/dl	ภาวะเสี่ยง100-125 mg/dl	ป่วยมากกว่าเท่ากับ 126 mg/dl	
ชาย	25.45% (14 คน)	29.27% (24คน)	22.22 % (8)	(26.59%) 46
หญิง	75.55% (41คน)	70.73% (58 คน)	77.78% (28)	(73.41%) 127
รวม	31.79% (55)	47 40% (82)	20.81% (36)	(100%) 173

จากตารางที่ 4.28 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 47.40 (82 คน) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และร้อยละ 20.81 (36 คน) มีภาวะป่วยต่อโรคเบาหวาน และมีผู้สูงอายุมีภาวะปกติเพียงร้อยละ 31.79 (55 คน) เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีภาวะเสี่ยงและภาวะป่วยสูงกว่าเพศชายเกือบ 3 เท่า ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สหวิชาชีพ และท้องถิ่นควรต้องเพิ่มความตระหนัก ป้องกันไม่ให้คนปกติให้กลายเป็นคนเสี่ยงหรือป่วย ไม่ให้คนเสี่ยงด้วยโรคเบาหวานกลายเป็นคนป่วยต่อโรคเบาหวาน และไม่ให้คนป่วยด้วยโรคเบาหวานมีภาวะโรคที่รุนแรงมากขึ้น

ตารางที่ 4.29 ร้อยละ และจำนวนผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุตามภาวะปกติ เสี่ยง ป่วยตามระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มอายุ	ภาวะน้ำตาลในเลือด			รวม (คน)
	ภาวะปกติน้อยกว่า 100mg/dl	ภาวะเสี่ยง100-125 mg/dl	ป่วยมากกว่าเท่ากับ 126mg/dl	
60-64	16.67%(8)	34.18%(27)	26.48%(9)	27.33%(44)
65-69	14.58%(7)	17 72%(14)	23.53%(8)	18.01%(29)
70-74	18.75%(9)	25.32%(20)	14.71%(5)	21.12%(34)
75-79	14.58%(7)	13.92%(11)	14.71%(5)	14.29%(23)
80-84	28.83%(10)	5.06%(4)	11.76%(4)	11 18%(18)
85-89	10.42%(5)	2.53%(2)	2.94%(1)	4.97%(8)
90-95	4.17%(2)	1.27%(1)	5.88%(2)	3.11%(5)
รวม (คน)	48 (29.81%)	79 (49.07%)	34 (21.12%)	100%(161)

จากตารางที่ 4.29 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 49.07 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และร้อยละ 21.12 มีภาวะป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นภาวะยุ่งยากเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน หรือกรณีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวอาจประสบปัญหาในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ภาพว่าผู้สูงอายุ 60-79 ปี พบเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มป่วยและกลุ่มปกติ

ตารางที่ 4 30 ดัชนีมวลกายกับเพศของผู้สูงอายุ

เพศ	ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)					รวม
	ผอม BMI น้อยกว่า 18.5	ปกติ BMI 18.5-22.9	อวบ BMI 23-24.9	เริ่มอ้วน BMI 25-29.9	อ้วน BMI มากกว่าเท่ากับ 30	
ชาย	17% (8)	44% (20)	22 % (10)	17% (8)	0% (0)	100% (46)
หญิง	12% (15)	24% (31)	24% (30)	36% (46)	4% (5)	100% (127)
รวม	13% (23)	30% (51)	23% (40)	31% (54)	3% (5)	100% (173)

จากตารางที่ 4 30 ผลการประเมินดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) จากสูตร น้ำหนักเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนเป็นเมตรยกกำลังสอง จากเกณฑ์ดัชนีมวลกายที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขใช้ตัดสิน พบว่า เพศชายส่วนใหญ่ร้อยละ 44 ปกติ ร้อยละ 22 อวบ ร้อยละ 17 เริ่มอ้วน ไม่มีคนอ้วน แต่พบคนผอม ร้อยละ 17 ผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 36 เริ่มอ้วน ร้อยละ 24 อวบ และปกติ ร้อยละ 12 ผอม และร้อยละ 4 อ้วน

ตารางที่ 4 31 รอบเอวผู้สูงอายุ

เพศ	รอบเอวผู้สูงอายุ (วัดตรงสะดือ)			รวม
	ชายปกติไม่เกิน 90 เซนติเมตร หญิงปกติไม่เกิน 80 เซนติเมตร	อวบชาย ≥ 90 เซนติเมตร อวบหญิง ≥ 80 เซนติเมตร	ชายอ้วน ≥ 100 เซนติเมตรขึ้นไป หญิงอ้วน ≥ 90 เซนติเมตรขึ้นไป	
ชาย	78% (36)	22% (10)	0% (0)	100% (46)
หญิง	36% (46)	41% (52)	23% (29)	100% (127)
รวม	47% (82)	36% (62)	17% (29)	100% (173)

จากตารางที่ 4 31 พบผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ร้อยละ 78 มีรอบเอวขนาดปกติ ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 41 มีรอบเอวขนาดคนอวบ และร้อยละ 23 มีรอบเอวขนาดคนอ้วน

ตารางที่ 4.32 กลุ่มอายุ กับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)					รวม (คน)
	ผอมน้อยกว่า 18.5	ปกติ 18.5-22.9	อวบ 23-24.9	เริ่มอ้วน 25-29.9	อ้วนมากกว่า เท่ากับ 30	
60-64	10%(2)	21.28%(10)	43.59%(17)	26%(13)	40%(2)	27.33%(44)
65-69	10%(2)	19.15%(9)	20.51%(8)	20%(10)	0%(0)	18.01%(29)
70-74	35%(7)	10.64%(5)	7.69%(3)	32%(16)	60%(3)	21.12%(34)
75-79	20%(4)	14.89%(7)	15.38%(6)	12%(6)	0%(0)	14.29%(23)
80-84	10%(2)	19.15%(9)	12.82%(5)	4%(2)	0%(0)	11.18%(18)
85-89	5%(1)	8.51%(4)	0%(0)	6%(3)	0%(0)	4.97%(8)
90-95	10%(2)	6.38%(3)	0%(0)	0%(0)	0%(0)	3.11%(5)
รวม	12.42% (20)	29.19% (47)	24.22%(39)	31.06%(50)	3.11%(5)	100%(161)

จากตารางที่ 4.32 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 31.06 เริ่มอ้วน ร้อยละ 24.22 เริ่มอวบ และร้อยละ 3.11 อ้วน ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคไร้เชื้อเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจมากขึ้น

ตารางที่ 4.33 ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มอายุ	ค่าความดันโลหิต							รวม
	ความดันโลหิตปกติ ค่าล่างน้อยกว่าเท่ากับ 120 ค่าบนน้อยกว่าเท่ากับ 80	ความดันโลหิตกลุ่มเสี่ยงค่าบน 121-139 ค่าล่าง 81-89	ความดันโลหิตสูงค่าบนมากกว่าเท่ากับ 140 ค่าล่างมากกว่าเท่ากับ 90	ความดันโลหิตสูงค่าบนมากกว่าเท่ากับ 140 ค่าล่างน้อยกว่า 90	ความดันโลหิตสูงค่าบน 121-139 ค่าล่างน้อยกว่า 80 หรือเท่ากับ 80	ความดันโลหิตสูงค่าบน 121-139 ค่าล่างมากกว่า 90 หรือเท่ากับ 90	ความดันโลหิตสูงค่าบน 121-139 ค่าล่างมากกว่า 90 หรือเท่ากับ 90	
60-64	35.7%(5)	40.74%(11)	27.27%(9)	10%(3)	27.66%(13)	0%(0)	37.5%(3)	27.33%(44)
65-69	21.43%(3)	14.29%(3)	27.27%(9)	6.67%(2)	19.15%(9)	0%(0)	37.5%(3)	18.01%(29)
70-74	21.43%(3)	22.22%(6)	18.18%(6)	30%(9)	19.15%(9)	50%(1)	0%(0)	21.12%(34)
75-79	7.14%(1)	14.29%(3)	12.12%(4)	30%(9)	12.77%(6)	0%(0)	0%(0)	14.29%(23)
80-84	14.29%(2)	14.29%(3)	9.09%(3)	16.67%(5)	6.38%(3)	50%(1)	12.5%(1)	11.18%(18)
85-89	0%(0)	3.70%(1)	0%(0)	3.33%(1)	10.64%(5)	0%(0)	12.5%(1)	4.97%(8)
90-95	0%(0)	0%(0)	6.06%(2)	3.33%(1)	4.26%(2)	0%(0)	0%(0)	3.11%(5)
รวม	14 (8.70%)	27 (16.78%)	33 (20.50%)	30 (18.63%)	47 (29.19%)	2 (1.24%)	8 (4.97%)	100%(161)

จากตารางที่ 4.33 ความดันโลหิตสูงคือความดันค่าบนมีค่าตั้งแต่ 140 มม.ปรอท ขึ้นไป ค่าล่างตั้งแต่ 90 มม.ปรอท ขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.50 ส่วนที่เหลือจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีกลุ่มปกติเพียงร้อยละ 8.70

ความสามารถของดัชนีชี้วัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนุบำรุงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์
ห้องส้วม

ผลการศึกษาวิจัยบ้านผู้สูงอายุ 166 หลังคาเรือนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ พบดังนี้ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 92.8 ใช้ส้วมคอก่าน ร้อยละ 29.5 คอก่านสูงกว่าพื้นซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุลื่นตกจากคอก่านขณะนั่งถ่ายได้ ที่ใช้ชักโครกราดน้ำมีเพียง 1 ราย

ตารางที่ 4.34 ลักษณะส้วมบ้านผู้สูงอายุ

ลักษณะส้วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
คอก่านเสมอพื้น	105	63.3	63.3
คอก่านสูงกว่าพื้น	49	29.5	92.8
ชักโครกราดน้ำ	1	.6	93.4
ไม่มีภาพส้วม	11	6.6	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.34 พบว่า บ้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังใช้ส้วม คอก่านเสมอพื้นร้อยละ 63.3 และใช้ส้วม คอก่านสูงกว่าพื้นร้อยละ 29.5 ซึ่งแบบสูงกว่าพื้นอาจอันตรายต่อการลื่นตกลงได้ พบว่ามีการใช้ส้วม ชักโครกราดน้ำเพียง 1 หลังคาเรือน

ตารางที่ 4.35 ราวจับในส้วม

ราวจับในส้วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
ไม่มีราวจับ	150	90.4	90.4
มีราวจับไม่รอบห้อง	5	3.0	93.4
ไม่มีภาพ	11	6.6	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.35 ราวจับในส้วมพบว่าส้วมที่บ้านผู้สูงอายุร้อยละ 90.4 ไม่มีราวจับ ซึ่งเป็นสิ่งอันตรายเพราะส้วมส่วนใหญ่เป็นส้วมคอก่านนั่งพื้นเมื่อไม่มีราวจับทำให้ลูกนั่งยืนลำบากอาจเกิดอุบัติเหตุในห้องส้วมได้

ตารางที่ 4.36 พื้นห้องส้วม

พื้นห้องส้วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
พื้นกระเบื้องลื่น	8	4.8	4.8
พื้นกระเบื้องไม่ลื่น	100	60.2	65.1
พื้นซีเมนต์ไม่ปู กระเบื้อง	46	27.7	92.8
พื้นดิน	1	.6	93.4
ไม่มีภาพ	11	6.6	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.36 พบว่าพื้นห้องส้วมบ้านผู้สูงอายุร้อยละ 60.2 เป็นพื้นกระเบื้องไม่ลื่น

ตารางที่ 4.37 ระดับพื้นส้วม

ระดับพื้นส้วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
เสมอทั้งห้องไม่ต่างระดับ	59	35.5	35.5
ไม่เสมอทั้งห้อง มีต่าง ระดับ	95	57.2	92.8
ไม่มีภาพ	12	7.2	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.37 พบว่าพื้นห้องส้วมบ้านผู้สูงอายุยังมีพื้นต่างระดับร้อยละ 57.2 ซึ่งเป็นสาเหตุให้
สะดุดเกิดอุบัติเหตุได้ ประกอบกับไม่มีราวจับจึงยังทำให้ห้องส้วมยังน่าอันตรายมากขึ้น

ตารางที่ 4.38 ความสะอาดเป็นระเบียบ

ความสะอาดเป็น ระเบียบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
สะอาด เป็นระเบียบ	91	54.8	54.8
สะอาด ไม่เป็นระเบียบ	18	10.8	65.7
ไม่สะอาด ไม่เป็น ระเบียบ	46	27.7	93.4
ไม่มีภาพ	11	6.6	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.38 ความสะอาดเป็นระเบียบของห้องส้วมบ้านผู้สูงอายุพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น
ร้อยละ 54.8 ที่มีความสะอาดเป็นระเบียบ ที่เหลือมีทั้งสะอาดแต่ไม่เป็นระเบียบและไม่สะอาดไม่เป็นระเบียบ
ซึ่งห้องส้วมผู้สูงอายุหากไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายจากการลื่น ล้ม ขน

สภาพที่อยู่อาศัยจริงของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน มาตรฐานขั้นต่ำตามเกณฑ์ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะ (2545) พบว่าผู้สูงอายุชอบทั้งโถส้วมแบบนั่งยองแบบของไทย และโถส้วมแบบนั่งทับ หากพิจารณาตามกายวิภาคและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุควรเป็นโถส้วมแบบนั่งทับหากผู้สูงอายุมีปัญหาข้อเข่า น้ำหนักเกิน หรือมีปัญหาการมีแรงขณะลุกนั่ง ภายในห้องส้วมผู้สูงอายุควรมีราวจับสแตนเลสที่แข็งแรงทุกด้าน พื้นไม่ลื่น ไม่มีมุมอริฐปูนซีเมนต์ที่เป็นเหลี่ยมคม ต้องแสงสว่างเพียงพอ สะอาดไม่สกปรกรกรุงรัง ไม่มีสัตว์มีพิษ (ภาพที่ 4.2)

ภาพที่ห้องส้วมตามมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ



นันทยา อุดมพาณิชย์ อุปกรณช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันอ่างใน สุมาตรา อิสสระพันธุ์ (2556)



ASTVผู้จัดการออนไลน์/มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย

<http://manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9570000061962>

อ่างใน สุมาตรา อิสสระพันธุ์ (2556)



<https://www.google.co.th/> อ่างใน สุมาตรา อิสสระพันธุ์ (2556)



<https://www.google.co.th/>



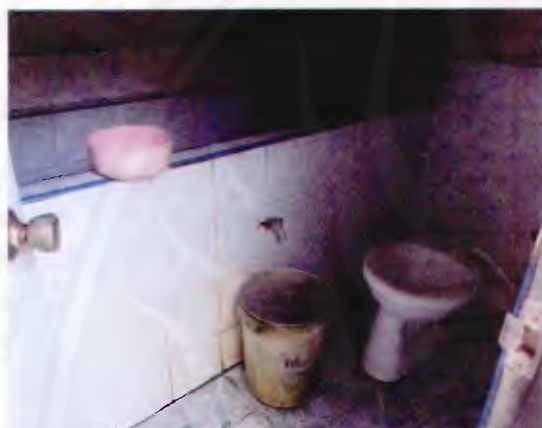
<https://www.google.co.th/>

<https://www.google.co.th/>

ภาพที่ 4.2 ห้องส้วมที่ปลอดภัยตามมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจห้องส้วมผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 ในพื้นที่วิจัยยังมีสภาพห้องส้วมที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ โดยเฉพาะพบห้องส้วมที่ไม่มีราวเกาะยึดเหนี่ยวเวลาอุกนัง ห้องส้วมต่างระดับ พื้นไม่เสมอ นอกจากนั้นพบห้องส้วมสกปรก ไม่ถูกสุขลักษณะ มีการวางสิ่งของสกปรกรกรุงรัง อาจก่อให้เกิดการสะดุดหกล้มได้ง่าย แม้จะเป็นผู้สูงอายุที่ปกติ หรือมีภาวะพึ่งพิงเล็กน้อยก็ตาม นอกจากนั้นยังพบห้องส้วมอยู่นอกตัวบ้านอาจไม่สะดวกในการใช้ยามค่ำคืน หากแสงสว่างไม่เพียงพอ ฝนตกสั่นลั่น อาจโดนสัตว์มีพิษกัดต่อยได้ ดังนั้นบุคคลวัยแรงงานที่พร้อมจะสร้างบ้าน และมีโอกาสสร้างบ้านได้เพียงหลังเดียวในชีวิตควรตระหนักถึงความสำคัญการออกแบบบ้านควรออกแบบห้องส้วมรองรับยามเข้าสู่วัยสูงอายุด้วย เช่นมีราวเกาะสแตนเลสแข็งแรงรอบห้องส้วม ประตูเปิดออก ใช้หุจับแบบคันโยกแทนลูกบิด หรือใช้ลูกบิดแบบมีร่องไม่ใช่แบบลิ้นแสงสว่างเพียงพอ พื้นเรียบไม่ต่างระดับ ไม่ลื่น นอกจากนั้นห้องส้วมไม่ควรเป็นที่เก็บของอาจเป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์มีพิษ หรือสะสมสิ่งสกปรกเกิดอุบัติเหตุได้ ภายในห้องส้วมหากมีอ่างน้ำควรวางบนพื้นปูไม้ควรแขวนไว้บนฝาผนังเพราะหากผู้สูงอายุลื่นล้มจะได้ยึดเกาะได้ ไม่มีมุมเหลี่ยมของวัสดุที่แหลมคม ท้องถื่นที่รับผิชอบ หากพบผู้สูงอายุที่ไม่มีห้องส้วมที่ปลอดภัยควรมีการบริหารจัดการจัดสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุให้มีห้องส้วมที่สะอาด ปลอดภัยด้วย (ภาพที่ 4.3)

ตัวอย่างภาพห้องส้วมในบ้านผู้สูงอายุที่ไม่ผ่าน
เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ







ภาพที่ 4 3 ตัวอย่างห้องส้วมในที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย

ห้องอาบน้ำ

บ้านในปัจจุบันจะอาบน้ำในบ้าน โดยจัดให้มีห้องสำหรับอาบน้ำ การอาบน้ำในแม่น้ำลำคลอง หรือบ่อสาธารณะไม่ปรากฏในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 4.39 ห้องอาบน้ำ

ห้องอาบน้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
ห้องเดียวกับห้องส้วม	141	84.9	84.9
แยกคนละห้องกับห้องส้วม	6	3.6	88.6
ไม่มีภาพ	19	11.4	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4 39 พบว่าห้องอาบน้ำบ้านผู้สูงอายุร้อยละ 84.9 ใช้ห้องเดียวกับห้องส้วม จึงยังทำให้เสี่ยงในการใช้ห้องส้วมเพราะพื้นอาจเปียกและลื่นง่าย

ตารางที่ 4.40 ที่อาบน้ำผู้สูงอายุ

วิธีการอาบน้ำของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
ยืนอาบ ใช้ฝักบัว	13	7.8	7.8
ยืนอาบ ตักน้ำจากถังอาบ	131	78.9	86.7
นั่งอาบบนเก้าอี้ ตักน้ำจากถังอาบ	3	1.8	88.6
ไม่มีภาพ	19	11.4	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4 40 พบว่าวิธีการอาบน้ำของผู้สูงอายุคือยืนอาบ ตักน้ำจากถังอาบร้อยละ 78.9 ซึ่งวิธีการนี้ผู้สูงอายุอาจหน้ามืด ล้ม ศีรษะฟาดพื้นได้ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรมีเก้าอี้ยืนอาบ

ตารางที่ 4.41 ความปลอดภัยของห้องส้วมห้องอาบน้ำ

ความปลอดภัยของห้องส้วม ห้องอาบน้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
สะอาด ปลอดภัย	13	7.8	7.8
สะอาด ไม่ปลอดภัยจากของรกไม่เป็นระเบียบ	3	1.8	9.6
สะอาด ไม่ปลอดภัยจากพื้นลื่น	1	.6	10.2
สะอาด ไม่ปลอดภัยจากไม่มีราวเกาะ	90	54.2	64.5
ไม่สะอาด ไม่ปลอดภัย	43	25.9	90.4
ไม่มีภาพ	16	9.6	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.41 ความปลอดภัยของห้องน้ำ ภาพรวมพบว่าห้องส้วมห้องอาบน้ำพบว่าร้อยละ 54.2 ที่สะอาด แต่ไม่ปลอดภัยจากไม่มีราวเกาะร้อยละ 25.9 ไม่สะอาด ไม่ปลอดภัย

ตามมาตรฐานขั้นต่ำห้องอาบน้ำ หรือที่อาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุต้องปลอดภัย ไม่ควรยืนอาบเพราะอาจหน้ามืดล้มลงได้ ควรนั่งอาบด้วยเก้าอี้หรือที่นั่งอาบ พื้นห้องน้ำไม่ลื่น มีราวจับแข็งแรงรอบ ห้องอาบน้ำหากเป็นไปได้ควรแยกออกจากห้องส้วม พื้นไม่มีต่างระดับ พื้นไม่ลื่น หากมีอ่างล้างหน้าในห้องน้ำไม่ควรติดตั้งแบบแขวนเพราะผู้สูงอายุที่เข้ล้มอาจเกาะแล้วอ่างหลุดจนเกิดอันตรายได้ ประตูควรใช้ลูกบิดแบบคนนอกไขได้ และเปิดออกจากห้องน้ำ ผู้สูงอายุควรมีเก้าอี้ยืนอาบน้ำ จะปลอดภัยกว่ายืนอาบ (ภาพที่ 4 4)

ห้องอาบน้ำ

ตัวอย่างภาพห้องอาบน้ำผู้สูงอายุตามมาตรฐานขั้น
ต่ำ

<https://www.google.co.th>



<http://homehomehouse.blogspot.com/2013/05/5.html>

ผู้สูงอายุควรมีเก้าอี้ในห้องน้ำ จะปลอดภัยกว่า
ยืนอาบ

อ้างอิง สุภมาต อิศระพันธุ์ (2556)



พื้นห้องน้ำ หากลื่นควรปูด้วยแผ่นกันลื่น

<http://thebestsiriraj.com/> อ้างอิง สุภมาต อิศระพันธุ์ (2556)

ภาพที่ 4.4 ที่อาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุ



<http://homehomehouse.blogspot.com/2013/05/5.html>

เก้าอี้ในห้องน้ำควรมีขาเก้าอี้ที่แข็งแรง ไม่พังงอได้

อ้างอิง สุภมาต อิศระพันธุ์ (2556)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่าบ้านผู้สูงอายุมีทั้งการใช้ระบบประปา มีทั้งการอาบด้วยฝักบัวแต่น้อยมาก ส่วนใหญ่จะใช้ถังเก็บน้ำ แล้วยืนอาบน้ำ การยืนก้ม ๆ เงย ๆ นาน ๆ การสระผม อาจทำให้ผู้สูงอายุหน้ามืดล้ม ศีรษะฟาดพื้นในห้องน้ำได้ เพราะสภาพพื้นห้องน้ำในบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่จริงพบทั้งพื้นปูกระเบื้องลื่น ไม่ลื่น ไม่ปูกระเบื้อง ไม่พบแผ่นกันลื่น พบพื้นต่างระดับในห้องอาบน้ำซึ่งอันตรายในการเดินสะดุดได้ ไม่พบราวเกาะ พบอ่างล้างหน้าที่ยังไม่ปลอดภัยเนื่องจากแขวนลอยกับข้างฝาผนัง หากล้มเกาะอาจร่วงหลุดจนเกิดบาดเจ็บสาหัสได้ (ภาพที่ 4.4)

ภาพตัวอย่างห้องอาบน้ำบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย







ภาพที่ 4.5 ภาพตัวอย่างห้องอาบน้ำบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ

บันได จากการสำรวจบ้านผู้สูงอายุ พบบ้านใดมีหลายลักษณะดังนี้

ตารางที่ 4.42 บันได

บันได	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
มีบันได	55	33.1	33.1
ไม่มีบันได	25	15.1	48.2
ไม่มีภาพ	86	51.8	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.42 พบว่าบ้านผู้สูงอายุมีบันไดร้อยละ 33.1 ซึ่งมักจะเป็นบันไดในพื้นที่ต่างระดับ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการลื่น สะดุด พลัดตกหกล้มได้

ตารางที่ 4.43 รววจับบันได

รววจับบันได	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
มีปลอดภัย	15	9.0	9.0
มี ไม่ปลอดภัย	11	6.6	15.7
ไม่มี ไม่ปลอดภัย	31	18.7	34.3
ไม่มีภาพ	109	65.7	100.0
รวม	166	100.0	

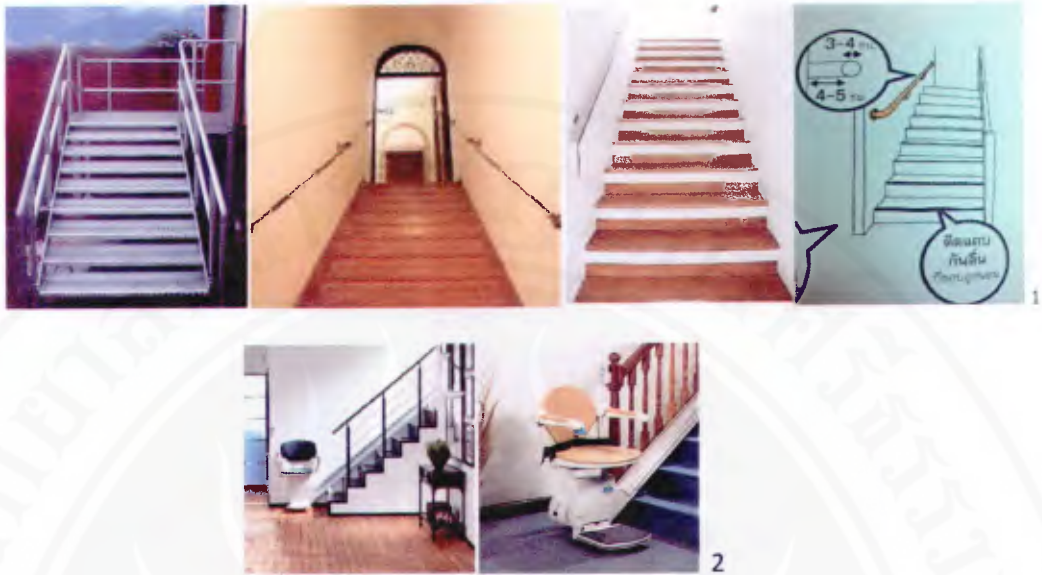
จากตารางที่ 4.43 พบว่าบ้านผู้สูงอายุที่มีบันไดพบว่าไม่มีราวเกาะร้อยละ 18.7 ที่มีไม่ปลอดภัยร้อยละ

จากมาตรฐานบันไดบ้าน (Stairs) สำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการทำแถบพื้นผิวต่างสัมผัสล่วงหน้า เป็นระยะอย่างน้อย 1 เมตร จากบันได ขั้นแรก มีระยะลูกตั้ง ลูกนอนคงที่ ไม่ควรทำลูกตั้งโปร่งหรือเว้นลูกตั้ง เพราะไม่ทำอาจสอดเข้าไป ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขนาดลูกนอนไม่ควรต่ำกว่า 27 เซนติเมตร ลูกตั้งไม่ควรเกิน 18 เซนติเมตรความชันสูงสุดไม่เกิน 35 องศา ลักษณะขอบขั้นควรทำผิวโค้งมนแทนสันเหลี่ยม ในสภาพความจริงผู้สูงอายุควรพักในห้องที่ไม่ต้องขึ้นลงบันได แต่หากมีความจำเป็น สถาปนิกบ้านผู้สูงอายุต้องไม่ขึ้นต้องมีขั้นพัก ต้องมีราวจับที่แข็งแรงทำได้เต็มกำมือจับได้พร้อมกันทั้งด้านซ้ายด้านขวา ไม่ควรจับได้เพียงด้านซ้าย หรือด้านขวาเพียงด้านเดียวแสดงว่าบันไดกว้างจนเกินไป เกินมือจับสองข้างได้ หากผู้สูงอายุมีปัญหาแขนมือ เท้าอ่อนแรงจะทำให้แรงยึดเกาะราวบันได และแรงก้าวเท้าขึ้นลงบันไดลดลง หากเกิดอุบัติเหตุจะไม่สามารถทรงตัวยึดเกาะหรือช่วยตัวเองจนอาจเกิดอันตรายได้ การออกแบบบันไดที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ต้องมีลูกตั้งลูกนอนที่กว้างขึ้นสามารถวาง 2 เท้าพร้อมกันได้ และลูกตั้งบันได ต้องน้อยกว่าบันไดสำหรับคนปกติ ราวเกาะที่ได้มาตรฐานทั้งสองข้างสามารถเกาะได้ทั้งมือซ้ายขวาพร้อมกันไม่กว้างจนจับราวได้ด้านเดียว แต่หากบ้านผู้สูงอายุมีข้อจำกัดต้องขึ้นลงบันได ปัจจุบันสำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีการติดตั้งเก้าอี้ไฟฟ้าไว้ที่บันได กดปุ่มขึ้นลงได้ด้วยตนเอง แต่จะมีปัญหากรณีไฟดับบ่อย แต่อย่างไรก็ตามเก้าอี้ไฟฟ้านี้อาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (อ้างในศุภมาต อิศระพันธุ์, 2556) อย่างไรก็ตามบันไดควรมีที่พัก



ภาพที่ 4.6 บันไดผู้สูงอายุตามมาตรฐานขั้นต่ำ

ที่มา : <https://www.gotoknow.org/posts/463833>¹ <http://www.bloggang.com/>²

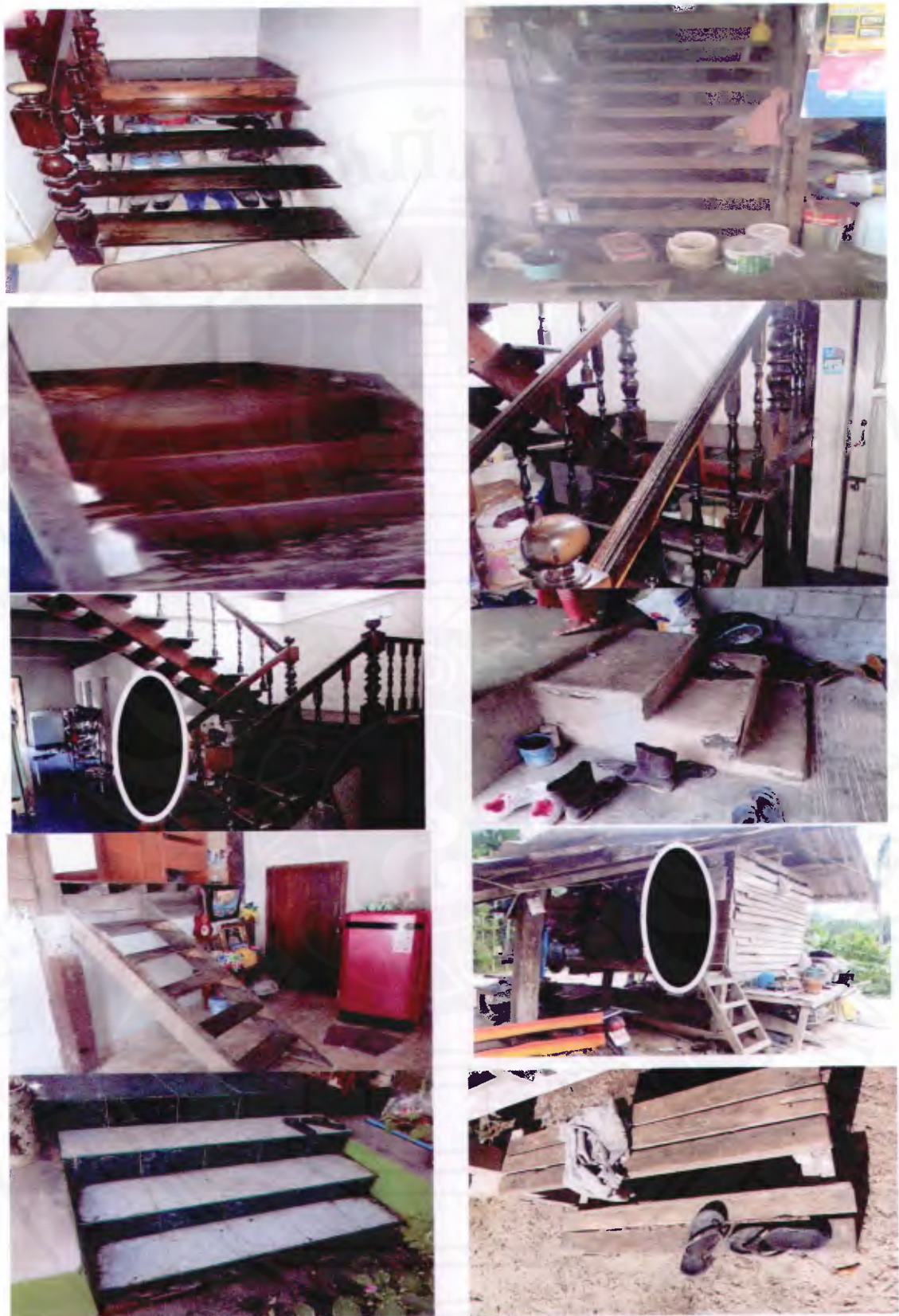


ภาพที่ 4.7 บันไดสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มา : <https://www.google.co.th/>¹ <http://dc345.4shared.com/doc/SBgJSrvu/preview.html>²

ผลการศึกษาวิจัยเรื่องบันไดบ้านผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 100 ยังมีสภาพไม่ปลอดภัย เช่น ไม่มีราวจับ ราวจับไม่แข็งแรง ขันบันไดชัน แคบวางเท้าสองเท้าพร้อมกันไม่ได้ บันไดทำด้วยปูนซีเมนต์อาจเสี่ยงต่อการพลัดตกได้





ภาพที่ 48 ตัวอย่างบันไดบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย

ห้องนอน จากการสำรวจห้องนอนบ้านผู้สูงอายุ พบดังนี้

ตารางที่ 4.44 ห้องนอน

ห้องนอน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
มีห้องนอนเป็นสัดส่วน มี ประตูปิด	63	38.0	38.0
มีห้องนอนเป็นสัดส่วน ไม่ มีประตูปิด	11	6.6	44.6
ไม่มีห้องนอน กันเป็น สัดส่วน	62	37.3	81.9
ไม่มีห้องนอน ไม่กันเป็น สัดส่วน	22	13.3	95.2
ไม่มีภาพ	8	4.8	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.44 พบว่าสภาพห้องนอนบ้านผู้สูงอายุร้อยละ 38.0 มีห้องนอนเป็นสัดส่วน มีประตูปิด ร้อยละ 37.3 ไม่มีห้องนอน กันเป็นสัดส่วน

ตารางที่ 4.45 เบาะรองนอน

เบาะรองนอน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
นอนที่นอนบาง ๆ	16	9.6	9.6
นอนที่นอนหนา	137	82.5	92.2
นอนเสื่อไม่มี เบาะ	4	2.4	94.6
ไม่มีภาพ	9	5.4	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.45 พบว่าเบาะรองนอนของผู้สูงอายุร้อยละ 82.5 (137 คน) นอนที่นอนหนา

ตารางที่ 4.46 สภาพเตียง

เตียง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
นอนเตียงเดี่ยว	106	63.9	63.9
นอนเตียงคู่	2	1.2	65.1
นอนเตียงผู้ป่วย	1	.6	65.7
นอนพื้นไม่มี เตียง	49	29.5	95.2
ไม่มีภาพ	8	4.8	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.46 พบว่าสภาพเตียงผู้สูงอายุร้อยละ 63.9 เป็นเตียงนอนเดี่ยว ร้อยละ 29.5 นอนพื้นไม่มีเตียง ซึ่งการนอนพื้นอาจเกิดความยุ่งยากในการลุกนั่งได้

ตารางที่ 4.47 สภาพโดยรวมในห้องนอน

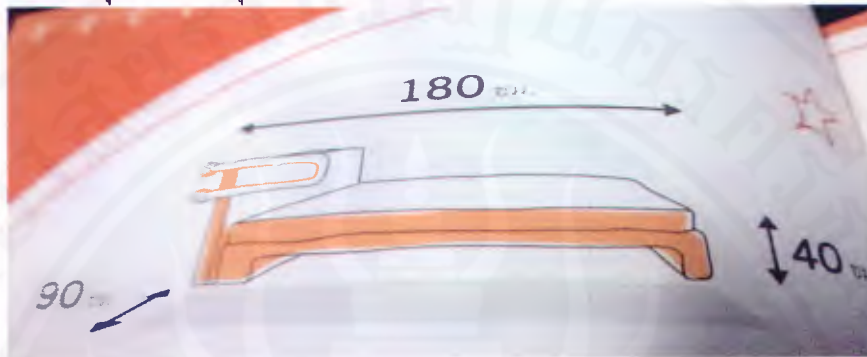
สภาพโดยรวมใน ห้องนอน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
สะอาดเป็นระเบียบ	84	50.6	50.6
สะอาด ไม่เป็น ระเบียบ	38	22.9	73.5
สกปรก เป็นระเบียบ	2	1.2	74.7
สกปรก ไม่เป็น ระเบียบ	34	20.5	95.2
ไม่มีภาพ	8	4.8	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.47 พบว่าสภาพโดยรวมในห้องนอนผู้สูงอายุร้อยละ 50.6 สะอาดเป็นระเบียบ ร้อยละ 22.9 สะอาดแต่ไม่เป็นระเบียบ ร้อยละ 20.5 สกปรกไม่เป็นระเบียบ

ห้องนอนและเตียงนอน

ตามมาตรฐานขั้นต่ำเรื่องที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรนอนเตียง ที่พูกไม่นุ่มหรือแข็งจนเกินไป มีที่เกาะขอบเตียงเวลาลุกขึ้นนั่งเตียงนอน ความสูง ความสูงของเตียงนอนสำหรับผู้สูงอายุ ควรสูงจากพื้นประมาณ 40 เซนติเมตร หรือมีความสูงประมาณข้อพับเข่าของผู้สูงอายุ เมื่อเวลาลุกขึ้นนั่ง เพื่อที่จะยืนหรือทำกิจกรรมใดๆ จะได้วางเท้าถึงพื้นพอดี ความยาว ความยาวของเตียงจะอยู่ที่ประมาณ 180 เซนติเมตร ซึ่งเป็นความยาวที่พอเหมาะ และไม่ทำให้รู้สึกอึดอัด หากผู้สูงอายุมีความสูงมาก อาจต้องเลือกที่มีความยาวมากขึ้น การจัดวางเตียงควรให้เหลือพื้นที่ว่างรอบเตียงทั้ง 3 ด้าน คือด้านข้าง และปลายเท้า โดยให้ระยะทางด้านละประมาณ 90 เซนติเมตร เพื่อความสะดวกในการใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น วางเก้าอี้ รถเข็นวีลแชร์ หรือ

ให้สามารถดูแลได้อย่างสะดวกเตียงที่เลือกให้ผู้สูงอายุควรเป็นเตียงไม้ พื้นผิวเรียบ ลื่น ไม่มีเหลี่ยมเพื่อความปลอดภัย และควรมีราวจับที่ข้างเตียงหรือหัวเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้พยุงตัวลุกขึ้น ซึ่งมีความปลอดภัยมากกว่าการช่วยพยุงจากผู้อื่น เตียงที่ดี ช่วยเพิ่มคุณภาพในการนอนหลับให้กับผู้สูงอายุ และช่วยลดอัตราความเสี่ยงในเรื่องของสุขภาพ และสุขภาพทางใจได้เป็นอย่างมาก (ภาพที่ 4.5)



ที่มา : <http://community.akanek.com/th/content/universal-design> ค้นเมื่อ 17 มกราคม 2558



ที่มา : <https://www.google.co.th/> ค้นเมื่อ 17 มกราคม 2558

ภาพที่ 4.9 เตียงนอนผู้สูงอายุที่เหมาะสม

ผลการสำรวจที่นอนผู้สูงอายุ พบดังนี้



ภาพที่ 4.10 ตัวอย่างที่นอนของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย

ห้องครัว

ห้องครัวเป็นห้องที่เกี่ยวข้องกับดัชนีลอร์ดัน เน้นการปรุงอาหารของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือต้องดูแลตนเอง ดังนั้นห้องครัวควรมีสภาพที่สะอาด ปลอดภัย ผลการสำรวจพบดังนี้

ตารางที่ 4.48 ห้องครัว

ห้องครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย	65	39.2	39.2
สะอาด เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	2	1.2	40.4
สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ปลอดภัย	1	.6	41.0
สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	21	12.7	53.6
ไม่สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย	1	.6	54.2
ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ปลอดภัย	1	.6	54.8
ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ไม่ปลอดภัย	30	18.1	72.9
ไม่มีภาพ	45	27.1	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.48 พบว่าห้องครัวผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 39.2 สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย ร้อยละ 18.1 ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ไม่ปลอดภัยซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักในภาวะสุขภาพอนามัย และอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังภาพที่ 4.11







ภาพที่ 4.11 ตัวอย่างห้องครัวบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย

สภาพภายในบ้าน

สภาพภายในบ้านเกี่ยวข้องกับดัชนีบาร์เทล เรื่องการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ดังนั้นสภาพภายในบ้านควรมีพื้นต่างระดับ พื้นไม่ควรลื่น หรือมีเสี้ยน มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งของวางกรรุงรังเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุ สะดุด ลื่นล้มเกิดอุบัติเหตุได้ ผลการศึกษาวิจัยพบดังนี้

ตารางที่ 4.49 สภาพภายในบ้าน

สภาพภายในบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย	42	25.3	25.3
สะอาด เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	3	1.8	27.1
สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ปลอดภัย	3	1.8	28.9
สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	36	21.7	50.6
ไม่สะอาด เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	2	1.2	51.8
ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ไม่ปลอดภัย	31	18.7	70.5
ไม่มีภาพ	49	29.5	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4.49 พบว่าสภาพภายในบ้านผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 25.3 ที่ สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย ที่เหลือต้องมีการปรับปรุงแก้ไขให้สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย





ภาพที่ 4.12 ตัวอย่างสภาพภายในบ้านผู้สูงอายุ

สภาพภายนอกบ้าน

สภาพภายนอกบ้านเกี่ยวข้องกับดัชนีบาร์เทลเรื่องการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ซึ่งสภาพภายนอกบ้านที่ดีควรเป็นพื้นเรียบ มาต่างระดับ ไม่มีเศษวัสดุวางระเกะระ ควโล่งเตียนไม่เป็นที่อยู่อาศัยของ สัตว์มีพิษ กลางคืนควรมีแสงส่องสว่างเพียงพอ ผลการศึกษาวิจัยพบดังนี้

ตารางที่ 4.50 สภาพภายนอกบ้าน

สภาพภายนอกบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
สะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย	27	16.3	16.3
สะอาด เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	1	.6	16.9
สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	11	6.6	23.5
ไม่สะอาด เป็นระเบียบ ไม่ ปลอดภัย	4	2.4	25.9
ไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ไม่ปลอดภัย	5	3.0	28.9
ไม่มีภาพ	118	71.1	100.0
รวม	166	100.0	

จากตารางที่ 4 50 พบว่าจากสภาพภายนอกบ้านที่ปรากฏหลักฐานมีเพียง 27 หลังที่สะอาดเป็นระเบียบปลอดภัย



ภาพที่ 4.13 ตัวอย่างสภาพภายนอกบ้านผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสภาพภายนอกบ้านผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย พบว่าส่วนใหญ่มีสภาพไม่ปลอดภัย รกรุงรัง ด้วยวัสดุสิ่งของ วัชพืช ซึ่งอาจเกิดอันตรายจากสัตว์มีพิษต่าง ๆ หรืออุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้

ความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุบำรุงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

ดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุบำรุงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ สำหรับงานวิจัยนี้ คือศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ด้าน

1) การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน

2) การดูแลแผลประเภทต่าง ๆ เช่น แผลโรคเบาหวาน

3) ด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน

4) การส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

ค่าเป้าหมายการปฏิบัติต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง งานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 47 คนซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ที่อาสาเข้าร่วมกิจกรรมโดยสมัครใจ

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 47 คน เป็นเพศชาย 3 คน (ร้อยละ 6.4) เพศหญิง 44 คน (ร้อยละ 93.6) ร้อยละ 81 ยังต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเอง และครอบครัวตนเอง อาชีพส่วนใหญ่คือทำสวน รองลงมาร้อยละ 13 ประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้เฉลี่ยต่อวัน 201-300 บาท รองลงมาร้อยละ 17 มีรายได้เฉลี่ยวันละ 101-200 บาท

ผลการสำรวจข้อมูลลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีแข็งแรง และการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 30 ของผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15 ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 13 ดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 11 ดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 9 ดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงด้วยโรคหัวใจ นอกจากนั้นพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ทราบภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ตนเองต้องรับผิดชอบดูแลว่ามีภาวะสุขภาพปกติ หรือเสี่ยง หรือป่วยต่อการเกิดโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจของผู้สูงอายุที่ตนดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้ผ่านการคัดกรองภาวะสุขภาพจาก 3 โรคนี้ หรือผ่านการคัดกรองแต่ผู้ดูแลไม่ทราบ ซึ่งการตรวจสุขภาพโรคเรื้อรังบางโรคเช่นโรคหัวใจ ต้องผ่านการตรวจจากโรงพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล แม้บางครั้งจะมีการหมุนเวียนแพทย์จากโรงพยาบาลใหญ่มาตรวจก็ไม่ทั่วถึง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเพียงบางส่วนที่มาใช้บริการ อีกจำนวนหนึ่งไม่ได้มารับบริการคัดกรองสุขภาพในโรคเรื้อรัง เช่นโรคหัวใจ มะเร็ง หรือโรคเกี่ยวกับปอด

ผลการประเมินศักยภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีเรื่องที่ต้องเรียนรู้และมีทักษะปฏิบัติที่ถูกต้อง พบผลการประเมินดังตารางที่ 4.51

ตารางที่ 4.51 ร้อยละ จำนวนการจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย

การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย	การจัดการอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ (N=47 คน)	การจัดการอาหารถูกต้อง ร้อยละ (N=47 คน)
โรคเบาหวาน	21 (10 คน)	79(37)
โรคความดันโลหิตสูง	23 (11 คน)	77(36)
โรคหัวใจ	34 (16 คน)	66(31)
โรคอัมพฤกษ์	28 (13 คน)	72(34)
โรคอัมพาต	30 (14 คน)	70(33)
โรคอ้วน	30 (14 คน)	70(33)
เฉลี่ย	ร้อยละ 27.67	ร้อยละ 72.33

จากตารางที่ 4.51 พบว่าผลการประเมินทักษะหลังการอบรมปฏิบัติการพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องด้านการจัดการอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง 6 โรคเฉลี่ยร้อยละ 27.67 แม้การประเมินหลังการอบรมพบผู้ดูแลร้อยละ 72.33 ปฏิบัติการถูกต้องแต่เป็นการประเมินหลังการอบรมทันที

ตารางที่ 4.52 ร้อยละ จำนวนการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้น

กายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้น	ไม่ถูกต้อง ร้อยละ (N=47 คน)	ถูกต้อง ร้อยละ (N=47 คน)
โรคเบาหวาน	43 (20 คน)	57 (27)
โรคความดันโลหิตสูง	45 (21 คน)	55 (26)
โรคหัวใจ	55 (26 คน)	45 (21)
โรคอัมพฤกษ์	36 (17 คน)	64 (30)
โรคอัมพาต	40 (19 คน)	60 (28)
โรคอ้วน	55 (26 คน)	45 (21)
เฉลี่ย	ร้อยละ 45.67	ร้อยละ 54.33

จากตารางที่ 4.52 พบว่าผลการประเมินทักษะหลังการอบรมปฏิบัติการพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องด้านการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรัง 6 โรคเฉลี่ยร้อยละ 45.67 แม้การประเมินหลังการอบรมพบผู้ดูแลร้อยละ 54.33 ปฏิบัติการถูกต้องแต่เป็นการประเมินหลังการอบรมทันที

ผลการประเมินศักยภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีเรื่องที่ต้องเรียนรู้และมีทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องด้านการจัดการผลต่อโรคเบาหวานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เจ็บป่วย หรือเสี่ยงจาก โรคเบาหวาน ตามหลักการปฐมพยาบาลบาดแผลชนิดต่าง ๆ เบื้องต้นผลการประเมินทักษะปฏิบัติพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติการด้านการจัดการผลต่อโรคเบาหวานให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานไม่ถูกต้องร้อยละ 55 (26 คน)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ แม้ผ่านการอบรมปฏิบัติการตามดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวตามที่กำหนดแล้วเสร็จ แต่ผลการประเมินหลังการอบรมพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุบางส่วนยังมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุ บางเรื่องไม่ถูกต้อง

ดังนั้นผลการวิจัยพบว่าความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุบำรุงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ทุกด้านมีทั้งผ่านเกณฑ์ และยังไม่ผ่านเกณฑ์กำหนด ดังนั้นเพื่อเสริมความสามารถให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อเพิ่มศักยภาพครอบครัวให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จนกว่าท้องถื่นผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับครอบครัว ท้องถื่น จะมีศักยภาพครบร้อยละ 100 ในทุกดัชนีที่กำหนด ทีมวิจัยจึงร่วมกับหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ซึ่งมีหน้าที่ผลิตนักสาธารณสุขให้มีความสามารถ มีทักษะวิชาชีพในการทำงานด้านรักษาสุขภาพเบื้องต้น ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในท้องถื่น จึงได้ร่วมกันออกแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับครอบครัว ควบคู่กับการดูแลบุคคลทุกวัยในครอบครัว ซึ่งเป็นการบูรณาการงานวิจัยกับการเรียนการสอน การบริการวิชาการ กระบวนการที่เสริมเพิ่มเติมนี้ มีกระบวนการขั้นตอนคือให้นักศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุทุกครอบครัว ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำครอบครัว และร่วมกับผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเองครบตามดัชนีที่กำหนด

ผลการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลรูปแบบนี้ Innovention นี้คือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในท้องถื่นโดยให้นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ที่ได้รับมอบหมายเป็นนักสาธารณสุขประจำครอบครัว โดยให้นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ต้องทำงานในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว โดยจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวทุกคนให้มีศักยภาพเต็มในการดูแลผู้สูงอายุตามดัชนีที่กำหนดเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพิงบ้างบางกิจกรรม และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ นักศึกษาต้องค้นหาปัญหาเพื่อเป็นปัญหาพิเศษ (Case study) 2 ปัญหาเพื่อนำมาแก้ไขด้วย เมื่อนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จบการศึกษาจะมีการส่งต่อผู้สูงอายุแต่ละรายให้รุ่นน้องนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ดูแลรูปแบบเดียวกันต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ จนกว่าท้องถื่น บุคลากรในท้องถื่นจะตระหนักมีความพร้อมจะดูแลผู้สูงอายุระดับครอบครัว ตามดัชนีที่กำหนดต่อไป นอกจากนั้นการดำเนินนักสาธารณสุขประจำครอบครัว นักศึกษายังได้บูรณาการภารกิจกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเครือข่ายวิทยากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยนักสาธารณสุข มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุใหม่ ตรวจสุขภาพโดยทีมแพทย์พยาบาลแบบเคลื่อนที่เพื่อศึกษาสภาพการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เอกซเรย์ปอด การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) ประเมินศักยภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ประเมินสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข ผลการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพตามรายงานที่นำเสนอ ได้มีการส่งต่อผู้สูงอายุไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ พบว่าปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่พบได้รับการบำบัดรักษาจนหายจะใช้ต่อเนื่องจนกว่าครอบครัวผู้สูงอายุ ท้องถิ่นจะเข้มแข็งสามารถจัดระบบกลไกที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง แต่ขณะนี้ทำวิจัยพบว่ากระบวนการบูรณาการศาสตร์ บูรณาการพันธกิจกับการเรียนการสอนรูปแบบนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมาก เพราะผู้สูงอายุทุกคนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลงานวิจัยด้านความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุถุการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ หลังจากนักวิจัยเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยนักสาธารณสุขประจำครอบครัวจึงทำให้ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์มีประสิทธิภาพมีระบบกลไกที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ผลการศึกษาความสามารถของดัชนีชี้วัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนุถุการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผลการศึกษาความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุถุการการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

สรุปผลจากผลการวิจัยได้ว่าการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทยให้ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพได้นั้น ต้องพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการศาสตร์ บูรณาการพันธกิจจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วน โดยนำปัญหาผู้สูงอายุที่พบ มาเป็นฐานในการวางแผน ออกแบบรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ บริหารจัดการให้ผู้เกี่ยวข้องระดับบุคคลผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ร่วมออกแบบวางแผน โดยท้องถิ่นเป็นแกนนำ องค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จ คือภาวะผู้นำ มีอำนาจการตัดสินใจ มีระบบกลไกการวางแผนที่ร่วมกันทุกขั้นตอน มีทรัพยากรที่เพียงพอจึงจะเกิดความยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วิจัยฉบับนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ศึกษาความสามารถของดัชนีชีวิตที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ และศึกษาความสามารถของดัชนีชีวิตศักยภาพครอบครัวต่อการทำนายการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

สรุปผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ วิธีการวิจัยมีการวิจัยแบบสำรวจ เรื่องข้อมูลทั่วไป ข้อมูล ADL และ IADL ข้อมูลที่อยู่อาศัย วิจัยกึ่งทดลอง เรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมแพทย์และนักสาธารณสุข และวิจัยแบบมีส่วนร่วมกับพื้นที่ ในการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระบวนการวิจัยประกอบด้วยการศึกษา

ประชากรคือผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในพื้นที่วิจัย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ทำการคัดเลือกกลุ่มแบบเจาะจง จากความสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 677 คน โดยมีการลงนามให้คำยินยอมในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินตามดัชนีชีวิตบาร์เทิล แบบประเมินตามดัชนีชีวิตลอร์ดัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 แบบประเมินที่อยู่อาศัย การตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การประเมินผล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ตัวแปรกลุ่มด้วยสถิติ Pearson Chi-Square Test และทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Contingency coefficient

ผลการวิจัยสรุปดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน

1.1 ผลการวิจัยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ด้าน เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความต้องการสูงสุด ข้อมูลภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุ ข้อมูลสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองและการตรวจสอบสุขภาพ กับข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) 8 ด้าน ข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุตามดัชนีลอร์ดัน (IADL) 10 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน คือผู้สูงอายุจากพื้นที่ทดลองจำนวน 348 คน แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่มตามช่วงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 72.28 ± 8.576 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สมรส (ยังอยู่กับคู่ครอง) ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 59.8 ที่มีผู้ดูแล กลุ่มที่เหลือต้องดูแลตนเอง ผู้สูงอายุร้อยละ 44.5 ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้น ป.4 ผู้สูงอายุร้อยละ 50 ทำงานหารรายได้เลี้ยงชีพตนเอง และร้อยละ 50 ที่ไม่มีรายได้นอกจากรายได้จากผู้อื่น

ให้ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลูกหลาน คนในครอบครัวให้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการมีสุขภาพดี รองลงมาต้องการเงินสอดคล้องกับผลสำรวจที่ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง

1.2 ภาวะซึมเศร้า ตามแบบคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 สำหรับผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เฉลี่ยร้อยละ 82.75 ปกติ ร้อยละ 17.25 ที่มีภาวะซึมเศร้าบางเรื่อง บางเวลา

1.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) 8 ด้าน เครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของบาร์เทิล ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ด้านที่ปฏิบัติบ่อยที่สุดของทุกวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Feeding) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming) การลุกนั่ง (Transfer) การใช้ห้องส้วม (Toilet use) การเคลื่อนที่ (Mobility) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การขึ้นลงบันได (Stairs) การอาบน้ำ (Bathing) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (Bowels) การกลั้นปัสสาวะ (Bladder) โดยแบ่งระดับความสามารถของผู้สูงอายุออกตามภาวะพึ่งพิง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทิล และดัชนีลอว์ตัน เป็น 3 ระดับคือภาวะไม่พึ่งพิง ภาวะพึ่งพิง ต้องการความช่วยเหลือบ้างบางด้าน และภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผลการประเมินผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) พบว่าผู้สูงอายุ 348 คน พบผู้สูงอายุร้อยละ 92.33 (321 คน) ไม่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุร้อยละ 4.49 (16 คน) มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือบ้าง และผู้สูงอายุร้อยละ 3.18 (11 คน) มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีบาร์เทิลกับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่ามีความความสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับดัชนีมวลกาย กลุ่มอายุกับอาชีพ และ กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวัน

1.4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีลอว์ตัน (IADL) 10 ด้าน เครื่องมือของลอว์ตัน ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทักษะทางสติปัญญา 8 ด้าน ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ (Use Telephone) การซื้อของ (Shopping) การเตรียมปรุงอาหาร (Food Preparation) การทำงานบ้าน (Housekeeping) การซักผ้า (Laundry) การเดินทาง (Transportation) การหยิบยารับประทานเอง (Own Medications) การใช้จ่ายเงิน (Handle Finances) ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับดัชนีลอว์ตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ กลุ่มอายุกับการใช้โทรศัพท์ กลุ่มอายุกับการเตรียมปรุงอาหาร กลุ่มอายุกับการจ่ายยารับประทาน กลุ่มอายุกับการทำงานบ้าน กลุ่มอายุกับการซักผ้า กลุ่มอายุกับการใช้จ่ายเงิน กลุ่มอายุกับการรับประทาย

1.5 สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองและการตรวจสุขภาพผลการตรวจสุขภาพจากการซักประวัติและตรวจสุขภาพโดยแพทย์จากผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่าง 348 คน พบผู้สูงอายุมีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ 159 คน ร้อยละ 45.69

1.6 ปัจจัยด้านปัญหาด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลได้สุขภาพได้จากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สำหรับการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุแบบเคลื่อนที่เข้าไปในพื้นที่วิจัย มีผู้สูงอายุอาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 173 คน ซึ่งปรากฏผลดังนี้ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 47.40 (82 คน) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และร้อยละ 20.81 (36 คน) มีภาวะป่วยต่อโรคเบาหวาน และมีผู้สูงอายุมีภาวะปกติเพียงร้อยละ 31.79 (55 คน) ดัชนีมวลกาย จากเกณฑ์ดัชนีมวลกายที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขใช้ตัดสิน พบว่า ปกติร้อยละ 47 (82 คน) อวบน้ำร้อยละ 36 (62) อ้วนร้อยละ 17 (29 คน)

1.7 ความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 20.50 ส่วนที่เหลือจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีกลุ่มปกติเพียงร้อยละ 8.70

2. ความสามารถของดัชนีชี้วัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผลการศึกษาวิจัยบ้านผู้สูงอายุ 166 หลังคาเรือนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดเลือกเฉพาะเกณฑ์ที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดบาร์เทิลได้แก่ ห้องน้ำห้องส้วม ห้องนอน ห้องครัว บันได สภาพภายในบ้าน สภาพภายนอกบ้าน เพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ว่าปัจจุบันบ้านผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีสภาพที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์หรือไม่ ซึ่งมาตรฐานที่อยู่อาศัยที่เสนอแนะโดย ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้พบดังนี้ พบว่าร้อยละ 100 ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

3. ความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนายการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ดัชนีชี้วัดมี 4 ด้าน ได้จากสภาพปัจจุบันที่พบจากผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ประกอบด้วย 1) การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน 2) การดูแลแผลประเภทต่าง ๆ เช่น แผลโรคเบาหวาน 3) ด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน 4) การส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ค่าเป้าหมายการปฏิบัติต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 47 คนซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ที่อาสาเข้าร่วมกิจกรรมโดยสมัครใจส่วนใหญ่ผลการประเมินหลังการอบรมปฏิบัติการพบว่ามีความรู้การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยถูกต้องเฉลี่ย ร้อยละ 72.33 ที่เหลือไม่ถูกต้อง ด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้นสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยถูกต้องเฉลี่ย ร้อยละ 65.2 ที่เหลือไม่ถูกต้อง การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทยสำหรับงานวิจัยฉบับนี้โดยนักวิจัยคือการบูรณาการงานวิจัยกับการเรียนการสอน การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และการบริการวิชาการ ด้วยการจัดให้มีนักสาธารณสุขประจำครอบครัว ซึ่งนักสาธารณสุขคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ปีที่ 4 หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช โดยดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน อสม. ผู้นำในท้องถิ่น ในการพัฒนาส่งเสริมทักษะความสามารถให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มศักยภาพครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผลการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีความพึงพอใจระดับสูงสุดที่ได้รับการดูแลรูปแบบนี้

อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน

1.1 ผลการวิจัยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปด้าน เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ความต้องการสูงสุด พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ เพศกับ ค่าดัชนีมวลกาย BMI เพศกับขนาดรอบเอว อายุกับค่าดัชนีมวลกาย BMI กลุ่มอายุกับค่าดัชนีมวลกาย BMI

เพศกับอาชีพ กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวัน กลุ่มอายุกับอาชีพ สถานภาพสมรสกับการลูกนั่ง (transfer) สถานภาพสมรสกับการใช้ส้วม (toilet use) สถานภาพสมรสกับการรับประทานอาหาร (feeding) ระดับการศึกษากับการขึ้นลงบันได (stair) อาชีพกับการลูกนั่ง (transfer) อาชีพกับการเคลื่อนย้าย (mobility) อาชีพกับการกลั้นปัสสาวะ (bladder) อาชีพกับการกลั้นอุจจาระ (bowel) อาชีพกับการใช้ส้วม (toilet used) อาชีพกับการทำความสะอาดใบหน้า (grooming) อาชีพกับการรับประทานอาหาร (feeding) และอาชีพกับการขึ้นลงบันได (stair) สอดคล้องกับวิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรารัตน์ ประทานรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ กาญจนา ปัญญาธร (2555) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญ .01 ($r=.689$) ปัจจัยด้านสุขภาพ ครอบครัว ที่อยู่อาศัย/สิ่งแวดล้อมและสังคม มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญ.01($r=.722, .811, .751$ และ .702) และปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญ .01 ($r=.586$)

1.2 ภาวะซึมเศร้า ตามแบบคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้สูงอายุ มาใช้ประเมินความรู้สึของผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนสภาพปัจจุบันว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากน้อยเพียงไร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เฉลี่ยร้อยละ 82.75 ปกติ ร้อยละ 17.25 ผิดปกติมีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการวิจัยของนภาพง รอด (2558) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศราร้อยละ 15.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยทางชีวภาพปัจจัยที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถนำมาใช้วางแผนและเป็นแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่

1.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีบาร์เทิลกับปัจจัยด้านสุขภาพ พบความสัมพันธ์ Contingency ระหว่างเพศกับดัชนีมวลกาย ($r=.241, p<.05$) เพศกับขนาดรอบเอว ($r=.365, p<.05$) กลุ่มอายุกับดัชนีมวลกาย BMI ($r=.450, p<.05$) อายุกับดัชนีมวลกาย BMI ($r=.684, p<.05$) เพศกับอาชีพ ($r=.240, p<.05$) กลุ่มอายุกับรายได้ต่อวัน ($r=.513, p<.05$) กลุ่มอายุกับอาชีพ ($r=.521, p<.05$) สถานภาพสมรสกับการลูกนั่ง (transfer) สถานภาพสมรสกับการใช้ส้วม ($r=.259, p<.05$) สถานภาพสมรสกับการรับประทานอาหาร (feeding) ($r=.213, p<.05$) ระดับการศึกษากับการขึ้นลงบันได (stair) ($r=.322, p<.05$) อาชีพกับการลูกนั่ง (transfer) ($r=.412, p<.05$) อาชีพกับการเคลื่อนย้าย (mobility) ($r=.322, p<.05$) อาชีพกับการกลั้นปัสสาวะ (bladder) ($r=.292, p<.05$) อาชีพกับการกลั้นอุจจาระ (bowel) ($r=.435, p<.05$) อาชีพกับการใช้ส้วม (toilet used) อาชีพกับการทำความสะอาดใบหน้า (grooming) ($r=.317, p<.05$) อาชีพกับการรับประทานอาหาร (feeding) ($r=.298, p<.05$) อาชีพกับการขึ้นลงบันได (stair) ($r=.288, p<.05$) สอดคล้องกับบุศรา ศรีคำเวียงและคณะ (2554) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระยะแรกรับคืออายุ ($r=-.250, p<.01$) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($r=-.457, p<.01$) สภาพสมอง ($r=.270, p<.01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\chi^2=10.01, p<.05$) ผลการประเมินผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 92.33 (321 คน) ยังไม่มีภาวะพึ่งพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทิล (ADL) ผู้สูงอายุร้อยละ 4.49 (16 คน) มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลือบ้าง และผู้สูงอายุร้อยละ 3.18 (11 คน) มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์

1.4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของดัชนีลอว์ตันกับปัจจัยด้านสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 348 คน พบความสัมพันธ์ coefficient ระหว่างกลุ่มอายุกับการใช้โทรศัพท์($r.387, P < 0.05$ กลุ่มอายุกับการเตรียมปรุงอาหาร ($r.271, P < 0.05$) กลุ่มอายุกับการจับจ่ายซื้อ ($r.352, P < 0.05$) กลุ่มอายุกับการทำงานบ้าน ($r.348, P < 0.05$) กลุ่มอายุกับการซักผ้า ($r.273, P < 0.05$) กลุ่มอายุกับการใช้จ่ายเงิน ($r.355, P < 0.05$)

1.5 สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้จากการคัดกรองและการตรวจสุขภาพผลการตรวจสุขภาพจากการซักประวัติและตรวจสุขภาพโดยแพทย์จากผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่าง 348 คน พบผู้สูงอายุมีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ 159 คน ร้อยละ 45.69 สอดคล้องกับจิราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2557) ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคน แต่ร้อยละที่พบน้อยกว่า และสอดคล้องกับวิธดา อรรถเมธากุล และวรรณ ศรีวิสัย (2556) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี พบผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 54.4 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด

2. ความสามารถของดัชนีชี้วัดที่อยู่อาศัย และชุมชนต่อการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ผลการศึกษาวิจัยบ้านผู้สูงอายุ 166 หลังคาเรือนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดเลือกเฉพาะเกณฑ์ที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดบาร์เทิลได้แก่ห้องน้ำห้องส้วม ห้องนอน ห้องครัว บันได สภาพภายในบ้าน สภาพภายนอกบ้าน เพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ว่าปัจจุบันบ้านผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีสภาพที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์หรือไม่ ซึ่งมาตรฐานที่อยู่อาศัยที่เสนอแนะโดย ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้พบดังนี้ พบว่าร้อยละ 100 ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับสกลีย์ สมานานุสรณ์ (2557) ศึกษาความต้องการรูปแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพบริเวณรอบที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุผลการศึกษาด้านความต้องการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในบ้านดังนี้ ประตู หน้าต่าง สวิตช์ไฟฟ้า ปลั๊กไฟ ทางลาด บันได ลูกบิดประตู มือจับประตูหน้าต่าง พื้นภายในบ้าน ธรณีประตู

3. ความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนายการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ดัชนีชี้วัดมี 4 ด้าน ได้จากสภาพปัจจุบันที่พบจากผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ประกอบด้วย 1) การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน 2) การดูแลแผลประเภทต่าง ๆ เช่น แผลโรคเบาหวาน 3) ด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ โรคอัมพาต และโรคอ้วน 4) การส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ค่าเป้าหมายการปฏิบัติต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 47 คนซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ที่อาสาเข้าร่วมกิจกรรมโดยสมัครใจส่วนใหญ่ผลการประเมินหลังการอบรมปฏิบัติการพบว่ามีความรู้การจัดการอาหารที่มีคุณค่า เพียงพอครบ 5 หมู่ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยถูกต้องเฉลี่ย ร้อยละ 72.33 ที่เหลือไม่ถูกต้อง ด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เจ็บป่วย หรือเสี่ยงจากโรค ตามหลักการกายภาพบำบัดเบื้องต้นสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยถูกต้องเฉลี่ย ร้อยละ 65.2 ที่เหลือไม่ถูกต้อง ผลการวิจัยพบว่าความสามารถ

ของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุบำรุงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ทุกด้านมีทั้งผ่านเกณฑ์ และยังไม่ผ่านเกณฑ์กำหนด ดังนั้นเพื่อเสริมความสามารถให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพื่อเพิ่มศักยภาพครอบครัวให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด จนกว่าท้องถิ่นผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับครอบครัว ท้องถิ่น จะมีศักยภาพครอบครัวร้อยละ 100 ในทุกดัชนีที่กำหนด ทีมวิจัยจึงจัดให้มีนักสาธารณสุขประจำครอบครัว ซึ่งเป็นการบูรณาการงานวิจัยกับการเรียนการสอนและการบริการวิชาการขึ้น ผลการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลรูปแบบนี้ ดังนั้นผลงานวิจัยด้านความสามารถของดัชนีชี้วัดศักยภาพครอบครัวต่อการทำนุบำรุงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ หลังจากนักวิจัยเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยนักสาธารณสุขประจำครอบครัวจึงทำให้ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์มีประสิทธิภาพมีระบบกลไกที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ เล็ก สมบัติ (2549) ศึกษาภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน พบว่า ครอบครัวส่วนมากมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในครอบครัว ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านอาหาร การกินยา ความสะอาดและสุขภาพโดยรวม ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น ด้านการเงิน ด้านเครื่องนุ่งห่ม เครื่องอุปโภค บริโภคและด้านที่อยู่อาศัย สิ่งที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาหารและโภชนาการ แต่ในภาวะปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายประการได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาด้านการเงิน จึงมีความต้องการให้ช่วยเหลือทั้งต่อผู้สูงอายุ และช่วยเหลือสมาชิกของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างให้มีศักยภาพเข้มแข็งสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทยสำหรับงานวิจัยฉบับนี้โดยนักวิจัยคือการบูรณาการงานวิจัยกับการเรียนการสอน การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม และการบริการวิชาการ ด้วยการจัดให้มีนักสาธารณสุขประจำครอบครัว ซึ่งเป็นการบูรณาการศาสตร์และบูรณาการพันธกิจระหว่าง คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน อสม. ผู้นำท้องถิ่นร่วมกันพัฒนาส่งเสริมทักษะความสามารถให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มศักยภาพครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ กลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อย และกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ผลการดำเนินการพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีความพึงพอใจระดับสูงสุดที่ได้รับการดูแลรูปแบบนี้ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุและสุขภาพประชาชนในท้องถิ่นที่ดีที่สุดเป็นหน้าที่ของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่สามารถดำเนินการได้ตามลำพังของหน่วยงานเดียว สอดคล้องกับ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุตอนต้นกลุ่มอายุ 60-89 ปี ส่วนใหญ่ยังมีภาวะไม่พึงพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทล และดัชนีลอว์ตัน ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ให้สามารถดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) คือ สร้างสังคมนั้น ๆ ให้มีจิตสำนึกตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม หรือจัดให้มีพื้นที่เฉพาะตามความต้องการของผู้สูงอายุ และจัดให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในสวัสดิการและสิ่งสาธารณูปโภคที่เกี่ยวข้อง

2. ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะไม่พึงพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทล และดัชนีลอว์ตัน ประสบปัญหาการอยู่ตามลำพัง รายได้น้อย และมีปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องประสบความยากลำบากในการดำรงชีวิตอยู่ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ผู้เกี่ยวข้องได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน อสม. ผู้นำท้องถิ่น ได้ร่วมกันออกแบบดูแลผู้สูงอายุ ควรเน้นการดูแลระดับครอบครัว

3. ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในวัยผู้สูงอายุ และเจ็บป่วยขั้นพึ่งพิงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ดังนั้นบุคคลควรมีการเตรียมความพร้อม มีทักษะการดูแลรักษาสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพเรื้อรังเป็นนิสัยประจำตัว การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีต้องเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา และทุกวัย และทุกคนควรมีทักษะเรียนรู้ ยอมรับการดูแลบุคคลวัยผู้สูงอายุ

4. ผลการวิจัยพบว่าที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ดังนั้นบุคคลที่มีความสามารถในการสร้างที่อยู่อาศัยครั้งเดียว ควรออกแบบที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ห้องน้ำ ห้องส้วม ห้องนอน บันได ห้องครัว ทางลาด พื้น ราวจับ ฯลฯ มิเช่นนั้นเมื่ออายุย่างเข้าสู่ผู้สูงอายุ หรือทุพพลภาพโดยไม่คาดคิด จะประสบความยุ่งยาก

5. ท้องถิ่น รัฐบาลประเทศไทย ควรมีกฎหมาย ข้อบังคับให้มีการจัดสรรงบประมาณ สวัสดิการในการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการออกแบบสิ่งสาธารณูปโภคสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องสมุด สถานที่นันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย ลีลาส ศิลปะ มีการจัดผู้เชี่ยวชาญหมุนเวียนมาจัดกิจกรรมผ่อนคลายตามความต้องการผู้สูงอายุ มีการจัดสวัสดิการรับส่งฟรีตลอดเวลาที่ผู้สูงอายุต้องการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ
2. การเตรียมสังคมผู้สูงอายุ
3. การเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. การเตรียมตัวตายอย่างสงบสำหรับผู้สูงอายุ
5. การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองด้วยตนเองให้มีสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ เจฟรีน 2.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, (2550). ดัชนีชี้วัดความสุขและดัชนีคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร.
- จิราพร ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง และ ฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2557) ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.Vol. 22 No 3.
- ฉันทนา ศักดิ์เพ็ชร, พิจิตรา เหมพิจิตร, สยาม ศรีระวีตร(2551). การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการในตำบลหัวดง อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์. มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2551.
- ไทรรัตน์ จารุทัศน์ จิราพร เกศพิชญวัฒนา กิตติอร ชาลปติ และศรีณยา หล่อมนินพรัตน์. (2545). มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
- ธนวัต วงศ์วิริยะวนิช. (2552). หลักเกณฑ์ของฐานทรัพยากรและวิถีชีวิตของชุมชน.เอกสารอัดสำเนา.
- นงลักษณ์ พะโกยยะ. (2551). ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ,สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- นันทยา อุดมพาณิชย์ อุปกรณ์ช่วยในการทำจิวัตรประจำวันอ้างใน ศุภมาตริ อีสสระพันธุ์. (2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.
- มนู วาทีสุนทร.(2554).ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย เอกสารสำเนา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2551).ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ณ ห้องประชุม VIP 1 สโมสรทหารบก วิภาวดี-รังสิต, 20 สิงหาคม.
- เล็ก สมบัติ. (2549). โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน.มีสเตอร์ก๊อปปี้ประเทศไทยจำกัด กทม.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2554). โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา

- วิรดา อรรถเมธากุล และวรรณ ศรีวิสัย. (2556) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH Volume 7 No. 2 : July - December 2013.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(2547). การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวระยะยาว. เอกสารสำเนา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย พิมพ์ครั้งที่ 1.สำนักงานศุภมาตรา อิสสระพันธุ์. (2556). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.
- สมพงษ์ สกุลอิสริยาภรณ์. (2554). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- สมนึก สกุลหงส์โสภณ , สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษฎี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน การพยาบาลและการศึกษาปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2554.
- สกลัย สมนานสรณ. (2557) ศึกษาความต้องการรูปแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพบริเวณรอบที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ วารสาร ธุรกิจปริทัศน์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2557).
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ ศิริพันธุ์ สาสัดย์ ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2552). รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. เอกสารอัดสำเนา.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). การสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณะปกรณ. (2551). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ.(2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด.โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ.ทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล.(2542).ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล. (2540). การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 20(2): 1-9.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). สถิติประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). มาตรฐานครอบครัวเข้มแข็ง.กรุงเทพมหานคร.

saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The world health organization perspective. *European Psychiatry*, 12, Supplement 3(0), 263s-266s. doi: 10.1016/s0924-9338(97)89095-5

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965. AJN, American Journal of Nursing April 2008, Volume 108 Number 4 , p 52 - 62. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale Join NursingCenter to access all articlesSource:

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr/apr13_op_plan_long2.html. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564). ค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555

<http://gotoknow.org>. กลุ่มพึ่งพิงด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ.ค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555.

<http://www.medicthai.com> ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555.

<http://www.tantee.net> . การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555.

<http://www.oknation.net>. ประเภทผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.ค้นเมื่อ 24 กันยายน 2555.

<http://www.anamai.moph.go.th>. ตำบลต้นแบบการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ค้นเมื่อ 28 มกราคม 2556.

<https://www.google.co.th>. ภาพห้องส้วมสำหรับผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 28 มกราคม 2556.

http://rdo.psu.ac.th/images/D1/strategy/2555-2559_nation.pdf. สภาวิจัยแห่งชาติ. (2555). นโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 8(พ.ศ. 2555-2559) ค้นเมื่อ 13 กันยายน 2556.

<http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/function/lawtonbrody.pdf>. ดัชนีลอร์ดัน ค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2557

http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf . WHOQOL-100 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต.ค้นเมื่อ 12 มกราคม 2557)

<http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/PHQ9%20Thai.pdf> แบบประเมินภาวะซึมเศร้า.ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557)

<http://manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9570000061962> ASTV ผู้จัดการออนไลน์/มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย อ่างใน ศุภมาตริ อีสสระพันธุ์. (2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

<https://www.google.co.th>. อ้างใน ศุภมาตร์ อิศระพันธุ์. (2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา
รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง.
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

<http://homehomehouse.blogspot.com/2013/05/5.html>. อ้างใน ศุภมาตร์ อิศระพันธุ์.
(2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

<http://thebestsirirajs.com>. อ้างใน ศุภมาตร์ อิศระพันธุ์.(2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา
รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง.
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

<https://www.gotoknow.org/posts/463833>. **บันไดผู้สูงอายุตามมาตรฐานขั้นต่ำ.** อ้างใน ศุภมาตร์
อิสระพันธุ์.(2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้าน
การ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

<http://www.bloggang.com>. **บันไดผู้สูงอายุตามมาตรฐานขั้นต่ำ.** อ้างใน ศุภมาตร์ อิศระพันธุ์.
(2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

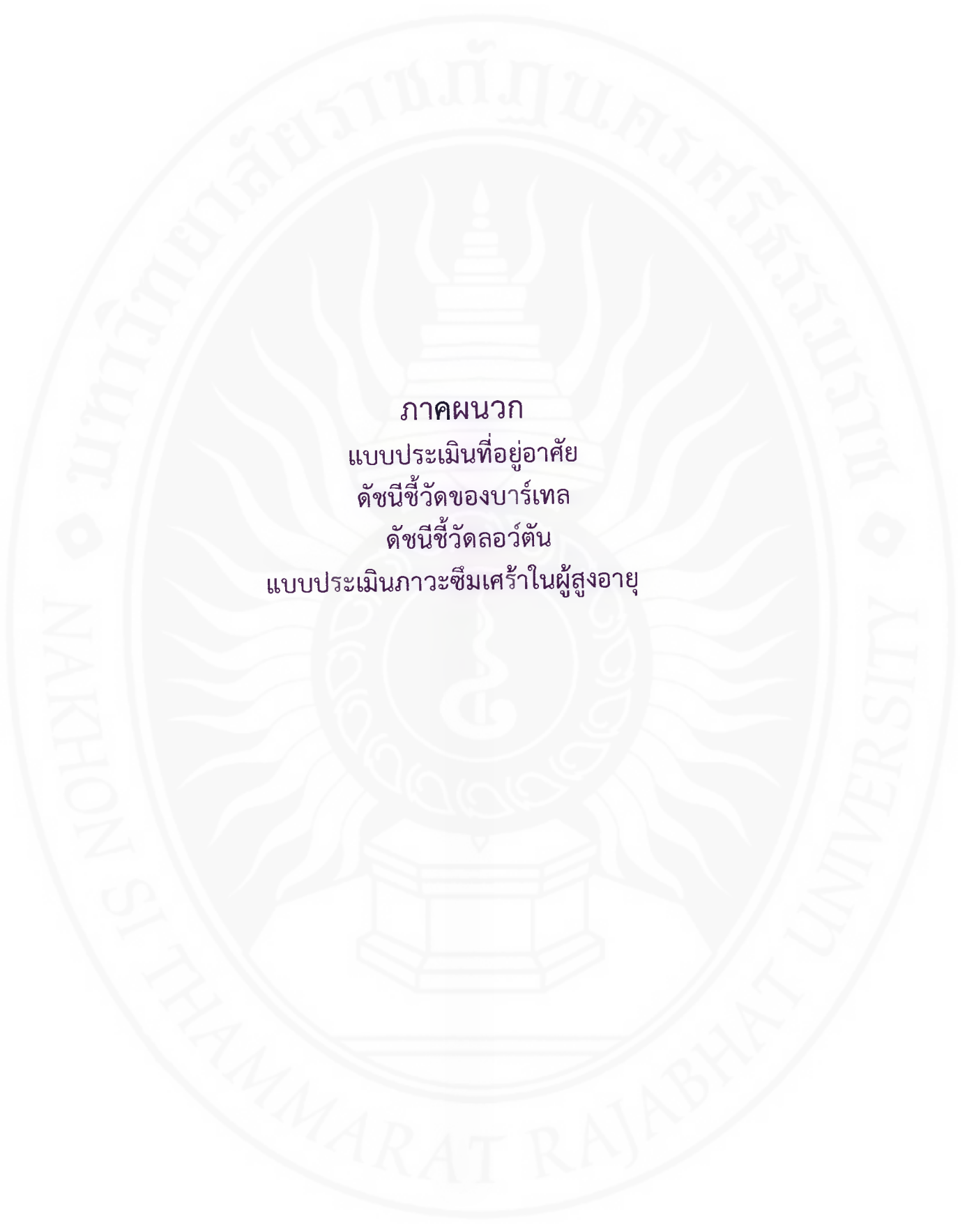
<https://www.google.co.th>. **บันไดผู้สูงอายุตามมาตรฐานขั้นต่ำ.** อ้างใน ศุภมาตร์ อิศระพันธุ์.
(2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

<http://dc345.4shared.com/doc/SBgJSrvu/preview.html> **บันไดผู้สูงอายุตามมาตรฐานขั้นต่ำ** อ้างใน
ศุภมาตร์ อิศระพันธุ์. (2556).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นกลาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

<http://community.akanek.com/th/content/universal-design> **ห้องนอนสำหรับผู้สูงอายุ** ค้นเมื่อ 17
มกราคม 2558.

<https://www.google.co.th/> <https://www.google.co.th/> <https://www.google.co.th/> **ห้องนอน**

สำหรับผู้สูงอายุ ค้นเมื่อ 17 มกราคม 2558.



ภาคผนวก
แบบประเมินที่อยู่อาศัย
ดัชนีชี้วัดของบาร์เทล
ดัชนีชี้วัดลอว์ตัน
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบประเมินที่อยู่อาศัย

ชื่อ-สกุล.....บ้านเลขที่.....

ที่	รายการ	1	2	3	4	5
1	ห้องนอน การนอน	1.นอนพื้น ห้อง	2.เตียง	3.เตียง ผู้ป่วย	4.อื่น ๆ	
2	ห้องนอน ความ สะอาด	1. สะอาด เป็น ระเบียบ เรียบร้อย	2. ค่อนข้าง สะอาด ค่อนข้าง เป็น ระเบียบ เรียบร้อย	3. ค่อนข้าง สกปรก ค่อนข้าง รกรุงรัง	4. สกปรก รกรุงรัง	5. อื่น ๆ
3	ห้องนอน	1. แยก เป็น ห้องนอน มีประตู ปิด	2. กั้นด้วย ฉากต่าง ๆ	3. ไม่มี ห้องนอน	4. อื่น ๆ	
4	คอห่าน	1. ผังพื้น	2. สูงกว่า พื้น	3. อื่น ๆ		
5	โกส้วม แบบนั่ง ทับ	1. มีฝาปิด ชักโครก	2. มีฝาปิด ตักน้ำราด	3. อื่น ๆ	4. ส้วม หลุม	5. ไม่มีส้วม
6	ห้องส้วมมี ราวจับ	1. แข็งแรง รอบ	2. ราวจับ บางส่วน	3. ไม่มีราว จับ	4. อื่น ๆ	
7	พื้นห้อง ส้วม	1. ต่าง ระดับ	2. พื้น ระดับ เดียว	3. อื่น ๆ		
8	พื้นห้อง ส้วม	1 ปลอดภัย	2 ไม่ ปลอดภัย	3. อื่น ๆ		

ที่	รายการ	1	2	3	4	5
9	ความสะอาด เป็นระเบียบ ปลอดภัย	1.ดี	2 พอใช้	3. ปรับปรุง	4.อื่นๆ	
10	บันได	1.นอกบ้านมีราวจับ	2. นอกบ้านไม่มีราวจับ	3.อื่นๆ		
11	บันไดในบ้าน	1. มีราวจับ	2.ไม่มีราวจับ	3.อื่นๆ		
12	ห้องครัว	1. สะอาด เป็นสัดส่วน ปลอดภัย	2. สะอาด เป็นสัดส่วน ปลอดภัย พอใช้	3. ไม่ สะอาด เป็นสัดส่วน ไม่ ปลอดภัย	4.อื่นๆ	
13	ห้องอาบน้ำ	1.แยกจากห้องส้วม	2.รวมกับห้องส้วม	3.ไม่มีห้องอาบน้ำ	4.อื่นๆ	
14	พื้นห้องอาบน้ำ	1.พื้นปูนปูกระเบื้อง ปลอดภัย	2. พื้นปูนปูกระเบื้อง ไม่ ปลอดภัย	3. อื่นๆ		
15	ห้องอาบน้ำ ความสะอาด เป็นระเบียบ	1.ดี ปลอดภัย	2.พอใช้	3. ปรับปรุง		

ดัชนีชี้วัดของบาร์เทล

ดัชนีชี้วัดของบาร์เทล (The Barthel Activities of Daily Living :ADL) และดัชนีชี้วัดของลอว์ตัน (Lawton: Instrumental Activities of Daily Living: IADL)

ปี พ.ศ. 2508 ดัชนีชี้วัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันถูกสร้างขึ้น โดยฟลอเรนซ์ มาโฮเน และโดโรธี บาร์เทล (Florence Mahoney, MD.& Dorothea W. Barthel, BA, PT) ครั้งแรกเครื่องมือนี้ใช้ประเมินศักยภาพของอวัยวะของผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสุขภาพระยะยาว (De Morton, Keating, & Davidson, 2008) และมีการใช้เครื่องมือดัชนี ADL ประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากสถานพยาบาล ปัจจุบันเครื่องมือดัชนีADL ถูกนำมาใช้ประเมินศักยภาพบุคคลกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุ

แบบประเมินกิจวัตรของบาร์เทล เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้สูงอายุ ในคลินิกประเมินผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการดูแลตนเองตามกิจวัตรประจำวันที่เป็น สำหรับผู้สูงอายุประเมินเพื่อจัดกลุ่มความสามารถของผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง คือ ภาวะไม่พึ่งพิง ภาวะพึ่งพิงเล็กน้อย ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุตรงตามความต้องการต่อไป

ดัชนีชี้วัดบาร์เทล ใช้ประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Feeding) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming) การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) การใช้ห้องส้วม (Toilet use) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การขึ้นลงบันได (Stairs) การอาบน้ำ (Bathing) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (Bowels) การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)

ดัชนีลอว์ตัน ใช้ประเมินศักยภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กระบวนการคิดตัดสินใจ ซึ่งถือว่าวัดศักยภาพสูงกว่าดัชนีบาร์เทล โดยมีดัชนีประเมินทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ เครื่องมือประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นกลาง หรือกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทักษะความสามารถด้านสติปัญญา เป็นเครื่องมือของลอว์ตัน (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living :IADL) ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้ทักษะทางสติปัญญา 8 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการโทรศัพท์ (Use Telephone) ความสามารถในการซื้อของไม่หลงลืม (Shopping) ความสามารถในการเตรียมอาหาร(Food Preparation) ความสามารถในการทำงานบ้าน (Housekeeping) ความสามารถในการซักล้างเสื้อผ้า (Laundry) ความสามารถในการเดินทางไม่หลงลืม (Transportation) ความสามารถในการหยิบยารับประทานเองได้ถูกชนิด เวลา ปริมาณ (Own Medications) ความสามารถในการใช้จ่ายเงินได้ถูกต้อง (Handle Finances) คะแนนมี 3 ระดับทำได้ถูกต้องจัดอยู่ในกลุ่มอิสระไม่พึ่งพิง ทำได้บ้างบางเรื่องทำไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงเล็กน้อยถึงพึ่งพิงมาก และส่วนใหญ่ทำไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ แบบประเมิน IADL นี้อาจยังไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยบางเรื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์ แต่ก็สามารถใช้ประเมินได้หากผู้สูงอายุไม่ได้อยู่ในชนบทห่างไกลมาก แต่เครื่องมือนี้ยังไม่เหมาะกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุไทย 3 ด้านคือ การปรุงอาหาร การ

ชื่อของ การซักผ้า และการทำงานบ้าน ดังนั้นแบบประเมินนี้ นักวิจัยใช้สำรวจข้อมูลเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทำนายสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลแล้วจะสามารถดูแลตนเองใน 8 ด้านได้ระดับใด ผลการประเมินด้วยดัชนีบาร์เทิล และดัชนีลอว์ตันสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขนำมาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุ

คำจำกัดความ:การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นลิ้นจี่ไว้ล่วงหน้า
2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ

1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความ

ปลอดภัย

3. ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

0. ช่วยตัวเองไม่ได้

1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้

1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

ดัชนีชี้วัดลอว์ตัน

The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale

A. Ability to Use Telephone

1. Operates telephone on own initiative; looks up and dials numbers..... 1
2. Dials a few well-known numbers..... 1
3. Answers telephone, but does not dial..... 1
4. Does not use telephone at all..... 0

ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ใช้โทรศัพท์ได้ถูกต้อง ทั้งการอ่านและการกดเบอร์ (1 คะแนน) กดได้เฉพาะเบอร์สำคัญ (1 คะแนน) รับโทรศัพท์ได้แต่กดเบอร์ไม่ได้ (1 คะแนน) ไม่สามารถทั้งรับโทรศัพท์พูดรู้เรื่องและกดเบอร์โทรศัพท์ (0 คะแนน)

B. Shopping

1. Takes care of all shopping needs independently..... 1
2. Shops independently for small purchases..... 0
3. Needs to be accompanied on any shopping trip..... 0
4. Completely unable to shop..... 0

จับจ่ายซื้อของได้ตามต้องการอย่างอิสระ (1 คะแนน) จับจ่ายซื้อของได้เฉพาะของเล็ก ๆ น้อยๆ (0 คะแนน) ต้องการความช่วยเหลือแนะนำในการจับจ่ายซื้อของ (0 คะแนน) ไม่สามารถจับจ่ายซื้อของได้ (0 คะแนน)

C. Food Preparation

1. Plans, prepares, and serves adequate meals independently..... 1
2. Prepares adequate meals if supplied with ingredients..... 0
3. Heats and serves prepared meals or prepares meals but does not maintain adequate diet..... 0
4. Needs to have meals prepared and served..... 0

การเตรียมอาหาร วางแผน จัดเตรียม เสริฟอาหารแต่ละมื้อได้อย่างพอเพียงโดยไม่ต้องพึ่งพิง (0 คะแนน) เตรียมอาหารแต่ละมื้อได้หากมีการเตรียมวัตถุดิบไว้ให้ (0 คะแนน) อุ่น และเสริฟอาหารแต่ละมื้อ แต่ไม่สามารถจัดการให้พอดีแต่ละมื้อได้ (0 คะแนน) ต้องการอาหารที่จัดเตรียมแล้วและพร้อมเสริฟ (0 คะแนน)

D. Housekeeping

1. Maintains house alone with occasion assistance (heavy work)..... 1
2. Performs light daily tasks such as dishwashing, bed making..... 1
3. Performs light daily tasks, but cannot maintain acceptable level of cleanliness..... 1
4. Needs help with all home maintenance tasks..... 1
5. Does not participate in any housekeeping tasks..... 0

การทำงานบ้าน ทำงานบ้านได้ตามลำพัง มีผู้ช่วยสำหรับงานบ้านที่หนัก ๆ (1 คะแนน) ทำงานบ้านที่ไม่หนักมากได้ เช่น ล้างจาน จัดเตียง (1คะแนน) ทำงานบ้านที่ไม่ค่อยหนักได้ แต่ไม่ค่อยรักษามาตรฐานความสะอาดได้ (1 คะแนน) ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านทุกอย่าง (1 คะแนน) ไม่สนใจงานบ้านทุกชนิด (0 คะแนน)

E. Laundry

1. Does personal laundry completely..... 1
2. Launders small items, rinses socks, stockings, etc..... 1
3. All laundry must be done by others..... 0

การซักรีดซักรีดเสื้อผ้าได้อย่างดีด้วยตัวเอง (1 คะแนน) ซักผ้าได้บางชิ้นเล็ก ๆ เช่น ถุงเท้า (1 คะแนน) งานซักรีดทุกอย่างต้องการความช่วยเหลือ (0 คะแนน)

F. Mode of Transportation

1. Travels independently on public transportation or drives own car..... 1
2. Arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation..... 1
3. Travels on public transportation when assisted or accompanied by another..... 1
4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another..... 0
5. Does not travel at all..... 0

การเดินทาง เดินทางได้โดยลำพังกับรถสาธารณะ หรือขับรถเองได้ (1 คะแนน) เดินทางได้เองโดยแท็กซี่ แต่ใช้รถสาธารณะไม่ได้ (1 คะแนน) เดินทางด้วยรถสาธารณะได้หากมีผู้ดูแล (1 คะแนน) มีข้อจำกัดในการเดินทางด้วยรถแท็กซี่แม้มีผู้ดูแล (0 คะแนน) เดินทางไปไหนไม่ได้ (0 คะแนน)

G. Responsibility for Own Medications

1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time..... 1
2. Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosages..... 0
3. Is not capable of dispensing own medication..... 0

การรับประทานยา) รับประทานยาได้ถูกขนาด ถูกเวลา (1 คะแนน) รับประทานยาได้หากมีการจัดยาไว้ให้ทาน (1 คะแนน) ไม่สามารถรับประทานยาเองได้ (0 คะแนน)

H. Ability to Handle Finances

1. Manages financial matters independently (budgets, writes checks, pays rent and bills, goes to bank); collects and keeps track of income..... 1
2. Manages day-to-day purchases, but needs help with banking, major purchases, etc..... 1
3. Incapable of handling money..... 0

การบริหารจัดการการเงิน) บริหารจัดการเงินได้อย่างปกติทั้งด้านรายรับรายจ่าย เชค ใบเสร็จต่างๆ (1 คะแนน) จัดการซื้อของวันต่อวันได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องธนาคาร (1 คะแนน) ไม่สามารถจัดการเรื่องเงินได้ (0 คะแนน)

The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale

Scoring: For each category, circle the item description that most closely resembles the client's highest functional level (either 0 or 1).

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.

Copyright © The Gerontological Society of America. Reproduced [Adapted] by permission of the publisher

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ชื่อ-สกุลบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ที่	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง				
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีเวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำ หรือ กระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้				
9	คิดทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี				