

4. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical epidemiology: the essentials. second edition. Baltimore, Williams & Wilkins 1988 pp. 91-105.
5. Thailand Health Research Institute, National Health Foundation. Report of the Health Status of Thai Elderly 1995: a National Survey of the Welfare of the Elderly in Thailand (SWET). Bangkok, Thailand Health Research Institute, National Health Foundation, 1996.
6. Jitapunkul S. Principle in Geriatric Medicine. Bangkok, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University 1998.

บทที่ 9

ภาวะพึ่งพาในประชากรสูงอายุ

นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

ในการพิจารณาสถานะทางสุขภาพนอกจากจำเป็นจะต้องให้ความสนใจภาวะทุพพลภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์โดยตรงต่อผู้สูงอายุแล้วยังต้องพิจารณาถึงสภาวะพึ่งพาอีกด้วย ผู้ให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์จะเข้าใจดีถึงความซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องระหว่างสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ การที่จะให้ได้มาซึ่งสุขภาพที่ดีจำเป็นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆด้วยดังเช่นกรอบความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรอายุน้อยจะพบความจริงว่าความสำคัญของโรคในประชากรสูงอายุจะลดน้อยลงในขณะที่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาลกลับมีบทบาทมากขึ้น ทั้งต่อกระบวนการดูแลรักษาและกระบวนการจัดการทางด้านสังคมซึ่งมักจะต้องมีควบคู่กันไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวในการสำรวจครั้งนี้จึงให้ความสนใจที่จะประเมินภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุอย่างเป็นระบบนอกเหนือไปจากการศึกษาภาวะทุพพลภาพ

ผลที่ได้จากการประเมินภาวะพึ่งพานอกจากจะขึ้นกับภาวะทุพพลภาพที่เป็นปัจจัยหลักแล้วยังขึ้นกับปัจจัยอื่นๆได้แก่ ภาวะจิตใจและปัญหาทางจิต วัฒนธรรมประเพณี สายสัมพันธ์และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ตลอดจนการคาดหวังของผู้สูงอายุและของผู้ดูแล ดังนั้นถึงแม้ภาวะพึ่งพาจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาวะทุพพลภาพแต่ก็ไม่ใช่สิ่งเดียวกัน วัฒนธรรมทางตะวันออกรวมทั้งวัฒนธรรมไทยมักจะยกย่องและให้การดูแลจัดการกิจกรรมต่างๆภายในครัวเรือนแก่บุพการีหรือต่อสามีทำให้มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีลักษณะพึ่งพาจากวัฒนธรรมมากกว่าจากภาวะทุพพลภาพ การแปลผลภาวะพึ่งพา จึงจะต้องมีความระมัดระวัง ความเข้าใจในวัฒนธรรมความเป็นอยู่จะช่วยให้การแปลผลสมบูรณยิ่งขึ้น นอกจากนี้พึงพิจารณาภาวะพึ่งพาในลักษณะของภาพรวมและแนวโน้มของประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

การประเมินภาวะพึ่งพาในการศึกษานี้ได้เลือกใช้ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล^(1,2) และดัชนีจุฟ้าเอดีแอล⁽³⁾ เป็นเครื่องมือในการประเมินสำหรับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (กิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นกิจกรรมที่ต้องทำอยู่เป็นประจำในอันที่จะดูแลตนเองและเพื่อการดำรงชีวิตภายในบ้านอย่างเป็นอิสระในระดับที่ยอมรับได้) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (กิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเป็นกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติได้เพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน) ตามลำดับ เนื่องจากดัชนีบาร์เรลเอดีแอลได้รับการประเมินคุณค่าในการใช้ในประชากรสูงอายุไทยมาก่อนและพบว่าใช้ได้⁽⁴⁾ ในขณะที่ดัชนีจุฟ้าเอดีแอลได้รับการพัฒนาขึ้นมาสำหรับประชากรสูงอายุไทยโดยเฉพาะ⁽³⁾ เนื่องจากกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องค่อนข้างจะมีความหลากหลายและแตกต่างกันระหว่างประเทศและเชื้อชาติ

ทำให้การนำเครื่องมือที่พัฒนาสำหรับประชากรในส่วนอื่นของโลกมาใช้จะทำให้ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการประเมินภาพรวมของภาวะพึ่งพา

ดัชนีบาร์เรลเอดีแอลประกอบไปด้วยการสัมภาษณ์กิจวัตรรวมสิบชนิด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากนอนมานั่ง การเข้าใช้ห้องสุขา การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลืนปัสสาวะ และการกลืนอุจจาระ โดยมีคะแนนต่ำสุดศูนย์คะแนนและสูงสุดยี่สิบคะแนน ถึงแม้จะมีข้อได้เปรียบของการจำแนกว่าการกลืนปัสสาวะและการกลืนอุจจาระควรจะอยู่ในภาวะบกพร่องมากกว่าภาวะทุพพลภาพแต่เครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่สำคัญเช่นดัชนี Katz ADL Index ก็รวมเอาการกลืนปัสสาวะและอุจจาระไว้ด้วย⁽⁵⁾ การพิจารณาภาวะพึ่งพาจากการใช้ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล นอกจากจะพิจารณาเป็นรายกิจกรรมแล้วยังอาจพิจารณาด้วยคะแนนรวมเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของการพึ่งพาระหว่างกลุ่มประชากร นอกจากนั้นคะแนนรวมที่ต่ำกว่า 12 ยังบ่งถึงความต้องการการพึ่งพาในระดับสูงและจะต้องมีผู้ดูแลอยู่ดูแลในส่วนใหญ่ของเวลาแต่ละวัน⁽²⁾

ดัชนีจู่ฟ่าเอดีแอลเป็นเครื่องมือในการประเมินกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องรวมห้าชนิด ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน (ถูบ้าน หรือ ซักผ้า หรือ รีดผ้า) การทอนเงิน และการใช้ขนส่งสาธารณะ คะแนนต่ำสุดเท่ากับศูนย์และคะแนนสูงสุดเท่ากับเก้า การพิจารณาภาวะพึ่งพาจะพิจารณาทั้งเป็นรายกิจกรรมและการใช้คะแนนรวมเช่นเดียวกับดัชนีบาร์เรลเอดีแอล

วิธีการใช้เครื่องมือในการสำรวจภาวะพึ่งพา

ดัชนีทั้งสองมีจุดประสงค์เพื่อประเมินความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง ขึ้นพื้นฐานและกิจวัตรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในชุมชนในขณะที่ช่วงเวลาที่ทำการสำรวจ เนื่องจากต้องการประเมินลักษณะของการพึ่งพามากกว่าการประเมินความสามารถและเพื่อตัดปัญหาของความเข้าใจผิดของผู้สูงอายุและผู้ดูแลถึงความสามารถในการทำกิจกรรมว่าทำได้ทั้งที่ไม่ได้ทำอยู่ในช่วงเวลานั้นและอาจทำไม่ได้ จึงใช้หลักในการเก็บข้อมูลคือการสัมภาษณ์ว่าผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรนั้นในระยะ 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ ซึ่งก็คือการประเมินกิจวัตรที่ผู้สูงอายุทำอยู่จริง (do do) และจะต้องไม่ใช่การประเมินว่าผู้สูงอายุสามารถทำได้หรือไม่ (can do) หรือ คิดว่าตนเองทำได้หรือไม่ (I think I can do)^(2,6) ผู้เก็บข้อมูลจึงต้องทราบรายละเอียดของดัชนีทั้งสองและได้รับการฝึกสอนถึงหลักและกลวิธีในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีก่อนการสำรวจ

ผลการศึกษภาวะพึ่งพา

ภาพรวมของภาวะพึ่งพา

จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 60.9 และ 25.6 ของประชากรสูงอายุได้คะแนนสูงสุดของดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (คะแนนเต็ม 20) และจู่ฟ่าเอดีแอล (คะแนนเต็ม 9) ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 18.9 (2.4) และ 6.4 (2.3) ตามลำดับ มีผู้สูงอายุร้อยละ 2.1 (ร้อยละ 1.7 และ 2.4 ในผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ) ที่ได้คะแนนดัชนีบาร์เรลเอดีแอลต่ำกว่า 12 ซึ่งหมายความว่า ประชากรกลุ่มนี้มีระดับภาวะพึ่งพาสูง และต้องการการดูแลค่อนข้างใกล้ชิด และเป็นกลุ่มที่ต้องการทรัพยากรจากระบบบริการสูง ในขณะที่มีโอกาสที่จะได้รับการบริการอย่างไม่พอเพียง

การพิจารณาความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันต่างๆ จะให้ภาพที่ชัดเจนของการพึ่งพาในประชากรสูงอายุ (ตารางที่ 9.2) การพึ่งพาในกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขลักษณะส่วนตัว อันจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตภายในบ้านมีความชุกต่ำกว่าร้อยละ 5 ในขณะที่การพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีพในชุมชนโดยลำพังมีกว่าร้อยละ 20 ประการสำคัญพบว่าผู้สูงอายุราวร้อยละ 45 ไม่สามารถเดินทางโดยลำพังอันแสดงถึงโอกาสในการเกิดปัญหาของการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ สำหรับปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระมีอยู่สูงและสอดคล้องรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁷⁾ การให้ความสำคัญกับปัญหานี้ทั้งในระดับการบริการปฐมภูมิและการสาธารณสุขมูลฐานที่จะได้รับการพิจารณา⁽⁷⁾

ตารางที่ 9.1 อัตราความชุกของภาวะพึ่งพาในกิจวัตรต่างๆ

	ความชุก (ร้อยละ)	95% confident interval
การรับประทานอาหาร	2.4	1.9 - 2.9
การทำความสะอาดใบหน้า	2.5	2.0 - 3.0
การสวมใส่เสื้อผ้า	3.4	2.8 - 4.0
การอาบน้ำ	3.7	3.1 - 4.3
การเข้าใช้ห้องสุขา	4.4	3.8 - 5.0
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	4.5	3.8 - 5.0
การเดินภายในห้อง/บ้าน	8.0	7.2 - 8.8
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	11.5	10.5 - 12.5
การทอนเงิน	18.0	16.8 - 19.2
การขึ้นบันได	22.7	21.4 - 24.0
การทำงานบ้าน	37.9	36.4 - 39.4
การทำครัว/ประกอบอาหาร	45.8	44.3 - 47.3
การใช้การขนส่งสาธารณะ	45.6	44.1 - 47.1
การกลั้นอุจจาระ	5.0	4.3 - 5.7
การกลั้นปัสสาวะ	14.0	12.9 - 15.1

ภาวะพึ่งพาในประชากรกลุ่มต่างๆ

ผู้สูงอายุที่ยังมีอายุมากขึ้นเท่าไรความชุกของภาวะพึ่งพาก็เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น (ตารางที่ 9.2) ลักษณะเช่นนี้ทำให้จำเป็นต้องพิจารณาว่าการที่มีอายุยืนยาวขึ้นจะเป็นสิ่งที่น่ายินดีหรือไม่? ดังนั้นดูเหมือนว่าการติดตามสถานะทางสุขภาพของประเทศโดยอาศัยอัตราเสียชีวิตหรืออายุคาดหวัง (life expectancy) เป็นดัชนีชี้วัดจะไม่เพียงพอและยังอาจให้ภาพที่บิดเบือนไปได้ การนำดัชนีอื่นๆมาใช้ประกอบในการแสดงสถานะสุขภาพของประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็น ดัชนีที่ดีคือภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และอายุคาดหวังทางสุขภาพ (health expectancy)⁽⁸⁾

ลักษณะของภาวะพึ่งพา ของประชากรสูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ต่างๆมีลักษณะเฉพาะกลุ่ม (ตารางที่ 9.3) โดยจำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ค่อนข้างต่ำแต่มีภาวะพึ่งพาของการใช้การขนส่งสาธารณะค่อนข้างสูงอันอาจเป็นผลมาจากลักษณะของชุมชน กลุ่มนี้ ประกอบด้วยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่สองได้แก่ กรุงเทพมหานคร จะมีลักษณะตรงข้ามกับกลุ่มแรกชัดเจนทำให้เป็นกลุ่ม

ที่จะต้องให้ความสนใจในด้านการบริการแบบเบ็ดเสร็จทั้งทางบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม สำหรับกลุ่มที่ประกอบด้วยภาคกลางและภาคใต้จะมีลักษณะของภาวะพึ่งพาอยู่ระหว่างกลางทั้งสองกลุ่มข้างต้น สำหรับความชุกของการกลืนปัสสาวะไม่ได้ของผู้สูงอายุในภาคเหนือและใต้ที่มีค่อนข้างต่ำกว่าที่พบในภาคอื่นอาจเกิดจากการรับรู้ของผู้สูงอายุในการสัมภาษณ์ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความแตกต่างที่พบควรที่จะมีการติดตามเพื่อการยืนยันและค้นหาปัจจัยของความแตกต่างดังกล่าวต่อไป

ตารางที่ 9.2 อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันตามกลุ่มอายุ

	60 - 69 ปี	70 - 79 ปี	80 + ปี
การรับประทานอาหาร	1.3	2.6	7.4
การทำความสะอาดใบหน้า	0.9	3.1	8.5
การสวมใส่เสื้อผ้า	1.6	3.8	11.0
การอาบน้ำ	1.7	4.3	12.1
การเข้าใช้ห้องสุขา	2.8	4.6	12.1
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	2.1	4.5	16.1
การเดินภายในห้อง/บ้าน	5.5	9.0	17.4
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	6.2	12.7	34.6
การทอนเงิน	11.2	20.9	43.9
การขึ้นบันได	19.7	22.5	37.6
การทำงานบ้าน	33.7	38.8	56.5
การทำครัว/ประกอบอาหาร	37.9	49.6	74.5
การใช้การขนส่งสาธารณะ	37.9	49.9	72.2
การกลืนอุจจาระ	3.6	5.4	10.4
การกลืนปัสสาวะ	10.6	16.4	24.6

ตารางที่ 9.3 อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันตามพื้นที่อยู่อาศัย

	ก.ท.ม.	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
				๑	
การรับประทานอาหาร	4.4	2.8	1.4	1.8	2.3
การทำความสะอาดใบหน้า	4.4	2.6	1.6	1.6	2.8
การสวมใส่เสื้อผ้า	5.4	4.4	2.5	2.1	3.1
การอาบน้ำ	6.0	4.4	3.2	2.5	3.0
การเข้าใช้ห้องสุขา	7.4	4.4	3.2	3.8	3.8
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	6.1	7.0	2.9	3.2	4.1
การเดินภายในห้อง/บ้าน	13.7	3.9	8.1	6.1	8.6
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	19.8	11.6	7.9	9.3	10.7
การทอนเงิน	16.5	19.8	17.4	19.2	17.0
การขึ้นบันได	24.8	20.2	14.3	17.5	36.4
การทำงานบ้าน	42.6	34.2	31.7	38.3	43.0
การทำครัว/ประกอบอาหาร	50.7	49.0	39.7	44.2	47.1
การใช้การขนส่งสาธารณะ	33.9	41.8	56.3	54.4	38.7
การกลืนอุจจาระ	3.5	8.3	2.6	5.5	5.0
การกลืนปัสสาวะ	14.8	25.7	6.5	16.5	8.9

ผลการวิเคราะห์ ที่ให้ภาพชัดเจนอีกอันหนึ่งคือ ประชากรสูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาล (เขตเมือง) มีอัตราของภาวะพึ่งพาสูงกว่าประชากรสูงอายุที่อาศัยในพื้นที่นอกเขตเทศบาล (เขตชนบท) (ตารางที่ 9.4) ดังนั้นในการจัดสรรทรัพยากรของการบริการผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิและการสาธารณสุขมูลฐานจำเป็นจะต้องให้ความสำคัญของการบริการในเขตเมืองเช่นเดียวกับในชนบท ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ประชากรสูงอายุในชนบทจะมีจำนวนและสัดส่วนสูง แต่ปัญหาทางภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุในเขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครมีอยู่สูง การกำหนดนโยบาย และแผนงาน จะต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ด้วย

ตารางที่ 9.4 อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันตามพื้นที่การปกครอง

	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
การรับประทานอาหาร	3.0	1.9
การทำความสะอาดใบหน้า	3.0	2.0
การสวมใส่เสื้อผ้า	4.1	2.8
การอาบน้ำ	4.4	3.1
การเข้าใช้ห้องสุขา	5.2	3.7
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	4.8	4.3
การเดินภายในห้อง/บ้าน	9.7	6.4
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	13.7	9.5
การทอนเงิน	15.5	20.2
การขึ้นบันได	24.9	20.7
การทำงานบ้าน	40.5	35.6
การทำครัว/ประกอบอาหาร	44.9	46.6
การใช้การขนส่งสาธารณะ	38.5	52.0
การกลั่นดูจจาระ	4.1	5.7
การกลั่นปัสสาวะ	13.8	14.3

ตารางที่ 9.5 อัตราพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันตามเพศ

	ชาย	หญิง
การรับประทานอาหาร	2.0	2.8
การทำความสะอาดใบหน้า	2.1	2.8
การสวมใส่เสื้อผ้า	2.8	3.8
การอาบน้ำ	3.1	4.1
การเข้าใช้ห้องสุขา	3.4	5.2
การเคลื่อนย้ายจากนอนไปนั่ง	3.1	5.6
การเดินภายในห้อง/บ้าน	6.8	8.8
การเดินภายนอกบริเวณบ้าน	7.9	14.2
การทอนเงิน	17.5	18.4
การขึ้นบันได	18.3	25.9
การทำงานบ้าน	49.2	29.5
การทำครัว/ประกอบอาหาร	60.9	34.5
การใช้การขนส่งสาธารณะ	40.0	49.8
การกลั่นดูจจาระ	4.2	5.5
การกลั่นปัสสาวะ	8.6	18.1

นอกจาก กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบ้านและการประกอบอาหารแล้วผู้สูงอายุหญิงมีอัตราพึงพาสูงกว่าผู้สูงอายุชายชัดเจน (ตารางที่ 9.5) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะทุพพลภาพ (บทที่ 8) ผู้สูงอายุหญิงจึงเป็นประชากรเป้าหมายหลัก ของการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ และจะเป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากการสาธารณสุขมูลฐานชัดเจน

คะแนนของดัชนีบาร์เรลเอดีแอลและจุฟ้าเอดีแอลสามารถใช้ในการเปรียบเทียบภาวะพึ่งพาในประชากรกลุ่มต่างๆอันจะทำให้เห็นภาพรวมของภาวะพึ่งพาได้ดีขึ้น จากผลการวิเคราะห์พบความแตกต่างชัดเจนในกลุ่มอายุ เพศ พื้นที่อยู่อาศัย เขตการปกครอง ความสามารถในการอ่านหนังสือและการเขียนหนังสือ และกลุ่มทางเศรษฐกิจ (ตารางที่ 9.6)

ตารางที่ 9.6 ค่าเฉลี่ย (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคะแนน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอลและดัชนีจุฟ้าเอดีแอลใน กลุ่มประชากรต่างๆ

	กลุ่มประชากร	ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล	ดัชนีจุฟ้าเอดีแอล
กลุ่มอายุ	60 - 69	19.2 (1.6)*	7.0 (2.0)*
	70 - 79	18.8 (2.5)	6.2 (2.3)
	80 +	17.6 (4.1)	4.3 (2.8)
เพศ	ชาย	19.1 (2.1)*	6.2 (2.2)*
	หญิง	18.7 (2.5)	6.6 (2.4)
พื้นที่อยู่อาศัย	ก.ท.ม.	18.5 (2.9)**	6.4 (2.6)***
	ภาคกลาง	18.7 (2.6)	6.5 (2.4)
	ภาคเหนือ	19.3 (2.0)	6.5 (2.2)
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19.1 (2.0)	6.3 (2.2)
	ภาคใต้	18.7 (2.4)	6.5 (2.3)
พื้นที่เขตการปกครอง	ในเขตเทศบาล	18.7 (2.6)*	6.6 (2.4)*
	นอกเขตเทศบาล	19.0 (2.2)	6.3 (2.2)
การอ่านหนังสือ	อ่านได้คล่อง	19.2 (1.8)*	6.8 (2.0)*
	อ่านได้ไม่คล่อง	18.7 (2.4)	6.4 (2.3)
	อ่านไม่ได้	18.4 (3.1)	5.8 (2.6)
การเขียนหนังสือ	เขียนได้คล่อง	19.2 (1.8)*	6.9 (2.0)*
	เขียนได้ไม่คล่อง	18.9 (2.0)	6.5 (2.2)
	เขียนไม่ได้	18.4 (3.2)	5.8 (2.6)
เศรษฐกิจ	ขัดสนมาก	18.6 (2.7)***	6.3 (2.4)
	ขัดสนบ้าง	18.8 (2.1)	6.5 (2.2)
	ไม่ขัดสนยกเว้นบางครั้ง	19.0 (2.0)	6.3 (2.3)
	ไม่ขัดสน	18.8 (2.6)	6.5 (2.3)

* มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างทุกกลุ่มย่อย ($p < 0.005$)

** มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มกรุงเทพฯกับกลุ่มอื่นๆยกเว้นภาคใต้ กลุ่มภาคเหนือกับทุกกลุ่มยกเว้นกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับทุกกลุ่มยกเว้นกลุ่มภาคเหนือ ($p < 0.05$)

*** มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับกลุ่มภาคใต้ ($p < 0.05$)

*** มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มขัดสนมากกับกลุ่มไม่ขัดสนยกเว้นบางครั้ง และกลุ่มไม่ขัดสนยกเว้นบางครั้งกับกลุ่มไม่ขัดสน ($p < 0.05$)

การวิเคราะห์โดยใช้คะแนนรวมของดัชนีบาร์เรลและดัชนีฟูอาเดีแอลซึ่งให้ภาพของลักษณะภาวะพึ่งพาในประชากรกลุ่มต่างๆ สอดคล้องกับการพิจารณาความชุกของภาวะพึ่งพาตามกิจวัตรประจำวันข้างต้น การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ทั้งในส่วนของภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุและข้อมูลด้านต่างๆ ของผู้ดูแลโดยเฉพะภาวะและผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์และสมควรให้การส่งเสริม

ระดับภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขลักษณะ

การพิจารณาความชุกของประชากรที่มีระดับการพึ่งพาต่อการดูแลสุขลักษณะของตนเองมีความสำคัญในการกำหนดนโยบาย ปริมาณทรัพยากร และระบบบริการ เพื่อให้ได้ภาพหรือข้อมูลที่สำคัญนี้จึงทำการวิเคราะห์หาจำนวนและความชุกของประชากรสูงอายุที่พึ่งพานุคคลอื่นในการดูแลสุขลักษณะของตนเอง (คำว่าอิสระหมายความว่าปฏิบัติได้เองโดยไม่ต้องการแม้แต่การเฝ้าระวัง) โดยกำหนดว่ากิจกรรมการดูแลสุขลักษณะประกอบไปด้วย 5 กิจกรรมดังนี้ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเข้าใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ ดังนั้น ผู้ที่ไม่เป็นอิสระในการประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ในห้าชนิดดังกล่าวจัดเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขลักษณะส่วนตน

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 280 คนที่ไม่เป็นอิสระในการดูแลสุขลักษณะตนเองหรือเท่ากับร้อยละ 6.9 ของประชากรทั้งหมด (95% confidence interval = 6.1 - 7.7%) และภายหลังการปรับน้ำหนักด้วยพื้นที่อยู่อาศัยและเขตการปกครองได้อัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 6.7 (95% confidence interval = 5.92-7.46) เมื่อพิจารณาในประชากรกลุ่มต่างๆ จะพบว่าภาวะพึ่งพาเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เพศหญิง และผู้ที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และการอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ (ตารางที่ 9.7) โดยมีปัจจัยอิสระจากการวิเคราะห์ด้วย Logistic regression analysis คือ อายุ การเขียนหนังสือ และ พื้นที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 9.8)

สรุป

วาร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุไทยมีภาวะพึ่งพาในระดับสูงที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด และร้อยละ 6.9 ของประชากรสูงอายุต้องการในการดูแลสุขลักษณะส่วนตน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาล (เขตเมือง) และผู้สูงอายุหญิงมีอัตราภาวะพึ่งพาสูงและเป็นกลุ่มประชากรที่จะได้รับประโยชน์จากการบริการแบบเบ็ดเสร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการระดับปฐมภูมิ ในชุมชน การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเหล่านี้ การศึกษาในเชิงคุณภาพ (qualitative study) จะช่วยให้มีความเข้าใจในภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุและภาวะของผู้ดูแลในสังคมไทยมากขึ้นอันจะทำให้การจัดตั้งการบริการและการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีความเหมาะสม

ตารางที่ 9.7 จำนวนและร้อยละของภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขลักษณะตนเองในประชากรกลุ่มต่างๆ

	กลุ่มประชากร	ภาวะพึ่งพาต่อการดูแลสุขลักษณะ	odds ratio
กลุ่มอายุ*	60 - 69	98 (4.2)	-
	70 - 79	92 (7.3)	1.8
	80 +	90 (19.1)	5.4
เพศ**	ชาย	98 (5.7)	-
	หญิง	182 (7.9)	1.4
พื้นที่อยู่อาศัย*	ก.ท.ม.	76 (11.1)	1.8 - 2.1
	ภาคกลาง	43 (5.9)	-
	ภาคเหนือ	48 (5.5)	-
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	56 (6.3)	-
	ภาคใต้	57 (6.4)	-
พื้นที่เขตการปกครอง	ในเขตเทศบาล	148 (7.7)	-
	นอกเขตเทศบาล	132 (6.2)	-
การอ่านหนังสือ*	อ่านได้คล่อง	93 (4.6)	-
	อ่านได้ไม่คล่อง	60 (6.9)	1.5
	อ่านไม่ได้	127 (11.1)	2.6
การเขียนหนังสือ*	เขียนได้คล่อง	75 (4.3)	-
	เขียนได้ไม่คล่อง	64 (6.1)	1.5
	เขียนไม่ได้	141 (11.3)	2.9
เศรษฐกิจ	ขัดสนมาก	18 (9.6)	-
	ขัดสนบ้าง	44 (7.4)	-
	ไม่ขัดสนยกเว้นบางครั้ง	61 (5.8)	-
	ไม่ขัดสน	157 (7.1)	-

* p < 0.001

** p < 0.005

ตารางที่ 9.8 ปัจจัยอิสระของภาวะพึ่งพาการดูแลสุขลักษณะส่วนตนในประชากรสูงอายุไทย

	odds ratio	95% confidence interval
กลุ่มอายุ	2.04	1.73 - 2.41
การเขียนหนังสือ	1.50	1.28 - 1.74
พื้นที่อยู่อาศัย	1.23	1.12 - 1.34

เอกสารอ้างอิง

1. Marhoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med J 1965;14:61-5.

2. The Royal College of Physicians and the British Geriatric Society. Standardized Assessment Scales for the Elderly People. London: Royal College of Physicians of London, 1992.
3. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. *Age Ageing* 1994;23:97-101.
4. Jitapunkul S, Kamolratnankul P. Disability among the elderly living in Klong Toey Slum. *J Med Assoc Thai* 1994;77:231-8.
5. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardised measure of biological and psychological function. *JAMA* 1963;185:914-9.
6. Wade DT, Hower RL, Skilbeck CE, David RM. *Stroke: A critical approach to diagnosis treatment and management*. London, Chapman and Hall, 1985.
7. Jitapunkul S, Khovidhunkit W, Ebrahim S. Urinary incontinence in Thai elderly: a community study. *J Med Assoc Thai* 1998;81:160-8.
8. Jitapunkul S. Disability: a problem of the elderly. *Chula Med J* 1994;38:67-75.