

การสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม แบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย: พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วีณา ลิ้มสกุล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, e-mail; weena.noi@hotmail.com
สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, e-mail; chansirikarn.s@gmail.com
วรภา จันทรเฑียร, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, e-mail; Wa_rapa@hotmail.com

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกว่า 651,950 คน การดูแลที่มีประสิทธิภาพคือการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุม โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทยในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยนำหลักการขององค์การอนามัยโลก การพัฒนาระบบบริการที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ด้านสมรรถนะภายในของร่างกายและจิตใจ 6 ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจาก 19 อำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองผู้สูงอายุ พื้นฐาน อ้างอิงตามมาตรฐานเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข 9 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน การรู้คิด สุขภาพจิต การกลืนปัสสาวะ สุขภาพช่องปาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ จำนวน ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย ผู้สูงอายุจำนวน 53,565 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.09 เพศชายร้อยละ 42.91 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 51.6 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 71 ปี อายุมากที่สุด 119 ปี สมรรถนะภายในด้านร่างกายและจิตใจที่พบความผิดปกติรายด้านมากที่สุดคือ ด้านการรู้คิดร้อยละ 29 รองลงมาคือการมองเห็น ร้อยละ 12.90 การได้ยิน ร้อยละ 8.40 การกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 8.20 ภาวะโภชนาการ ร้อยละ 7.70 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 5.80 การเคลื่อนไหว ร้อยละ 5.40 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 2.40 และสุขภาพจิต ร้อยละ 0.60

ความบกพร่องของสมรรถนะภายในร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุด้านการรู้คิดที่พบความผิดปกติมากที่สุดสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อม การประเมินปัญหาความต้องการเชิงลึกผู้สูงอายุ และนำมาออกแบบระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการ จะนำไปสู่เป้าหมายสุดท้ายคือชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การรู้คิด, ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

A Survey Study on the Health Status of Older People in the Integrated Care for Older People with Dementia in Thai communities: Suratthani Province (ICOPE_D -Ts)

Weena Limsakul, Faculty of Nursing Suratthani Rajabhat University, e-mail; weena.noi@hotmail.com
Sirintorn Chansirikarnjana, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, e-mail; chansirikarn.s@gmail.com
Warapa Chanead, Suratthani Provincial health office, e-mail; Wa_rapa@hotmail.com

Abstract

Thailand's older population is 18% of the total population in the country. The number of older people with dementia is more than 651,950 people. Finding an older person with dementia thoroughly is essential for optimal care.

A research project on an integrated dementia care system according to the Thai social context of Suratthani Province was developed. The objective of the study was to explore the health status of the older by applying the principles of the World Health Organization (WHO), the development of integrated care for older people (ICOPE), and 6 aspects of intrinsic capacity. The participants consisted of older persons from 19 districts in Suratthani Province. The Basic Geriatric Screening (BGS), which is based on the standard of elderly health screening and assessment tools of the Ministry of Public Health including 9 areas: mobility, nutrition, vision, hearing, cognition, depression, urinary incontinence (UI), oral health, and Activities of Daily Living (ADL) was used to collect the data. Data were analyzed using numbers, percentages, and mean.

The results showed that 53,565 older people were screened, 57.09% were females, 42.9% were males, and 51.6% were aged 60-69. The mean age of the older was 71 years old. The most common types of disorders were cognition (29%), visual (12.9%), hearing (8.4%), UI (8.2%), nutrition (7.7%), ADL (5.8%), mobility (5.4%), oral health (2.4%) and depressive symptom (0.6%).

According to the study, the most common defect in intrinsic capacity was “cognition” which reflects the need for a dementia care system. An in-depth assessment of the problems and needs of the elderly in the area to design an integrated dementia care system will lead to the end goal of the community being able to sustainably care for the elderly with dementia and their caregivers.

Keywords: older people, cognition, Health status, suratthani province

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2020) ได้ประเมินว่าในปี พ.ศ. 2570 จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจนมีอัตราส่วนถึง 1 ใน 6 ของประชากรโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำถึงปานกลาง โดยภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะมีภาวะสมองเสื่อมได้ และความเป็นไปได้ของการมีภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในทุก ๆ 5 ปี ยิ่งมีอายุมากขึ้นโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมก็ยิ่งมากขึ้น ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสมองเสื่อมคืออายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) พ.ศ.2563 พบว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ของประชากรประเทศอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรกว่า 55 ล้านคนทั่วโลกมีภาวะสมองเสื่อม และมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านรายทุกปี ในปี พ.ศ. 2560 ค่าใช้จ่ายทางสังคมโดยรวมของภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกอยู่ที่ 1.3 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และค่าใช้จ่ายเหล่านี้คาดว่าจะเกิน 2.8 ล้านล้านดอลลาร์ ภายในปี พ.ศ. 2573 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมและค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2020) รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2563 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุกว่า 651,950 คน มีภาวะสมองเสื่อม (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2020) จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุ 143,858 คน ข้อมูลการคัดกรองประจำปีพบว่าภาวะสมองผิดปกติ ประมาณร้อยละ 1 (Health Data Center: HDC Suratthani Provincial Health Office, 2022)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อมมิได้มีเฉพาะแค่ต่อตัวของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่มีผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะต่อผู้ดูแลหลักและผู้ครอบครัว ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาด้านความจำ การรู้คิด การตัดสินใจ และการทำงานที่ยากและมีความซับซ้อน จนส่งผลให้เกิดการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและการคงไว้ซึ่งทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลในที่สุด อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย อาทิเช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการกระสับกระส่าย อาการหวาดระแวง และหลงผิด เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลใกล้ชิดจะได้รับผลกระทบเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจและด้านสังคม (McKhann, Knopman, Chertkow, Hyman, Jack, Kawas et al., 2011) ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า มีความวิตกกังวล และความรู้สึกทางลบ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้คุณภาพการดูแลลดลงและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ความรู้สึกเครียดที่ต้องรับภาระของผู้ดูแลอาจเสี่ยงต่อการทำทารุณกรรมต่อผู้ป่วยอีกด้วย ผลกระทบนี้อาจส่งผลในวงกว้างตั้งแต่ในระดับครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับประเทศ หากไม่มีนโยบายและระบบในการดูแลรักษาที่ดีและครอบคลุม ผลกระทบเหล่านี้จึงถือเป็นความท้าทายต่อภาครัฐ ที่จะจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมและคุ้มค่า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลมีต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการสูญเสียรายได้ของผู้ดูแลในแต่ละปีคิดเป็นมูลค่ามหาศาล หน่วยงานภาครัฐจึงควรกำหนดมาตรการที่ชัดเจนด้านการป้องกัน การคัดกรองและตรวจวินิจฉัย การรักษาเพื่อยืดระยะเวลาการเป็นโรคในระดับรุนแรง ตลอดจนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP, 2009) ดังนั้นการมีระบบ

บริการสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการคงศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม รวมไปถึงการบริหารจัดการการดูแลต่อเนื่องให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของทั้งครอบครัวเป็นหลัก (Alzheimer's Society UK, 2017; WHO, 2019) การดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นอาจต้องใช้รูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการบูรณาการการดูแล โดยนำหลักการของการพัฒนาระบบบริการที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางขององค์การอนามัยโลก หรือ Integrated Care for Older People (ICOPE) Handbook: Guidance on person-centered assessment and pathways on primary care มาเป็นแนวทางหลัก (World Health Organization, 2019) โดยเริ่มตั้งแต่การสำรวจภาวะสุขภาพที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสามารถสมองยังสมบูรณ์ดี และช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เริ่มมีภาวะสมองเสื่อมยังคงสามารถใช้ชีวิตได้ด้วยตนเองให้นานที่สุด (Jing, Willis, & Feng, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เน้นการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก การดูแลรักษาจำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและงบประมาณจำนวนมาก ทีมผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการผสมผสานแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนด้านสมรรถนะภายในของร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยลง และนำผลที่ได้ไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เน้นการจัดบริการในสถานพยาบาลไปสู่ระบบบริการในชุมชนที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลโดยความร่วมมือของคนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามแนวทาง WHO: ICOPE ด้านสมรรถนะภายในของร่างกายและจิตใจ (Intrinsic capacity: IC) ค้นหาผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognition) และสมรรถนะภายในด้านอื่นๆที่เสื่อมถอยลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

Integrated Care for Older People: ICOPE (World Health Organization, 2019) ได้จัดทำคู่มือ ICOPE สำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน สมรรถนะภายในของร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลง (Intrinsic capacity decline) 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว (Mobility) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) การมองเห็น (Visual) การได้ยิน (Hearing) การรู้คิด (Cognition) และสุขภาพจิต (Psychological) ซึ่งเป้าหมายการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและยั่งยืน มุ่งเน้นการบูรณาการในส่วนของสุขภาพ การคงความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุ (Functional Ability) และคงสมรรถนะภายในของร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมลงตามกระบวนการความชรา (Aging Process) (World Health Organization, 2019) ดังนี้

1. การสูญเสียการเคลื่อนไหว (Mobility Loss) หลังจากถึงจุดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ มวลกล้ามเนื้อมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และสัมพันธ์กับกำลังที่ลดลงและการทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูก

2. ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อความอ่อนแอ ภาวะนี้ยังสัมพันธ์กับการทำงานของความรู้ความเข้าใจที่ลดลง ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง และความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น

3. การมองเห็นบกพร่อง (Visual Impairment) การแก่ชราัมักเกี่ยวข้องกับการลดลงของการมองเห็น การมองเห็นความบกพร่องทางสายตาด้านรุนแรงพบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี

4. การสูญเสียได้ยิน (Hearing Loss) การได้ยินลดลงเกี่ยวข้องกับการแก่ชรา โดยการสำรวจพบว่าทั่วโลกประชากรมากกว่า 180 ล้านคนที่อายุเกิน 65 ปีมีอาการสูญเสียการได้ยินที่ส่งผลกระทบต่อทำความเข้าใจคำพูดสนทนาตามปกติ (Olusanya, Neumann, & Saunders, 2014)

5. ด้านการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) หน้าที่ทางปัญญาหลายอย่างเริ่มลดลงตั้งแต่อายุยังน้อย โดยหน้าที่ต่าง ๆ จะลดลงในอัตราที่ต่างกัน ความบกพร่องทางสติปัญญาเล็กน้อยมีความรุนแรงน้อยกว่าในภาวะสมองเสื่อม และโดยทั่วไปจะคงไว้ซึ่งการทำงานประจำวันและความเป็นอิสระตามปกติ ภาวะเรื้อรังนี้เป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมได้มากถึงหนึ่งในสามของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

6. ด้านสุขภาพจิต (Depressive symptoms) ความผิดปกติทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมาก เนื่องจากประสบการณ์ที่ผิดหวังหรือไม่ได้คาดหวังในชีวิตในผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 10 คน ภาวะซึมเศร้ายังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคซึมเศร้าระยะยาวที่สามารถส่งผลให้เกิดโรคสมองเสื่อมต่อไป (Sophia, & Alan, 2014)

เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ การกลืนปัสสาวะ สุขภาพทางช่องปาก และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นทางคณะวิจัยสรุปการวัดสมรรถนะภายในของร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน การรู้คิด สุขภาพจิต การกลืนปัสสาวะ สุขภาพช่องปาก และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE) มาใช้ตามบริบทของสังคมไทย โดยมุ่งเน้นที่เรื่องการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเป็นหลัก เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากพื้นที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจรที่ได้ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2564 ซึ่งบุคลากรในพื้นที่เคยผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องภาวะสมองเสื่อมจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้ผ่านการดำเนินงานดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจริงมาในระยะเวลาหนึ่งแล้ว ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี, อำเภอดำรง จังหวัดลพบุรี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร โดยพื้นที่ศึกษาจังหวัดสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ยกระดับโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในพื้นที่ต้นแบบที่อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานีขึ้นเป็นนโยบายระดับจังหวัดโดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมขึ้นเพื่อพัฒนางานด้านการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัด จึงถือได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีประสบการณ์ในการจัดการงานผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่และบุคลากรอยู่ในระดับสูง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

จำนวนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี พ.ศ.2564 เท่ากับ 143,858 คน จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานีอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย คณะทำงานในพื้นที่ประเมินศักยภาพและความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้าถึงได้ในพื้นที่ร้อยละ 40 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุใน 19 อำเภอ สุ่มทุกตำบลและหมู่บ้านจำนวน 57,543 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่แบบคัดกรองผู้สูงอายุพื้นฐาน (Basic Geriatric Screening: BGS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่อ้างอิงตามมาตรฐานโดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ในคู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical services Ministry of Public Health, 2021) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินสุขภาพช่องปาก การคัดกรองสุขภาพทางตา การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2 Questionnaire: 2Q) การคัดกรองภาวะหกล้ม (Time Up and Go Test: TUGT) การคัดกรองสมรรถภาพความจำ (14 ข้อคำถาม) การประเมินการได้ยิน (Hearing) โดยใช้ Finger rub test การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition) โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutrition Assessment: MNA) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1)ช่วงสามเดือนที่ผ่านมาท่านน้ำหนักลดลงเกิน 3 กก. แบบไม่ตั้งใจ 2)ท่านรู้สึกเบื่อ หรืออยากอาหารลดลง การประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ (Urinary Incontinence: UI) ปัญหาปัสสาวะเล็ดหรือราดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และการประเมินการรู้คิด (Cognition) ได้แก่การรับรู้เวลา สถานที่ (Time- Space Orientation) ตามคู่มือคำแนะนำการประเมินแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและแนวทางการดำเนินงานในหน่วยดูแลระดับปฐมภูมิ (WHO Integrated care for older people Handbook: Guidance on person-centered assessment and pathways on primary care, 2019, p12)

การดำเนินงานวิจัย

1. คณะวิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขของพื้นที่ต้นแบบจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีการปฏิบัติงานในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุประจำปี ตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย
2. เมื่อได้รับการตอบรับเข้าร่วมจากหน่วยงานสาธารณสุขของพื้นที่ คณะวิจัยจัดการประชุมกับหน่วยงานสาธารณสุขของพื้นที่ เพื่อวางแผนการดำเนินงานในการเก็บข้อมูล และการส่งข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามที่บูรณาการระหว่างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ (Integrated care for older people: ICOPE) และแบบสอบถามที่ใช้ประจำในแต่ละพื้นที่
3. คณะวิจัยได้ประสานงานกับเครือข่ายนักวิจัยประจำพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี
4. หน่วยงานสาธารณสุขของพื้นที่จัดทำโครงการเพื่อตอบรับการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลโดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และมอบหมายหน้าที่ในการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตำบล ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งการเก็บข้อมูลจะเป็นการเก็บข้อมูลคู่ขนานพร้อมกับการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุประจำปี ซึ่งเป็นภารกิจประจำของหน่วยงาน

5. คณะวิจัยบูรณาการแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ (ICOPE) ให้เข้ากับแบบสอบถามที่มีอยู่
6. หน่วยงานสาธารณสุขของพื้นที่ต้นแบบจัดการอบรมในการใช้แบบสอบถามบูรณาการแก่อาสาสมัครสาธารณสุข
7. อาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ และส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ตำบล จากนั้นหน่วยงานสาธารณสุขจะส่งข้อมูลมายังนักวิจัยประจำพื้นที่ ภายใต้การควบคุมดูแลของนักวิจัยประจำพื้นที่
8. นักวิจัยประจำพื้นที่ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ ก่อนส่งต่อมายังคณะวิจัย
9. คณะวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ศักยภาพภายในบุคคล 9 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน ความสามารถสมอง และสุขภาพจิต การกลืนปัสสาวะ สุขภาพทางช่องปาก และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA2022/108 เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 ในการเก็บข้อมูลวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยมีเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และลงนามยินยอมก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจาก 19 อำเภอ โดยใช้แบบคัดกรอง BGS ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และกรอบแนวคิดของ WHO : ICOPE จำนวน 9 ด้าน เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2565 โดยตั้งเป้าหมายในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 57,543 ข้อมูล จากการระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องส่งผลให้บุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ไม่สามารถลงเก็บข้อมูลได้ตามแผนการที่กำหนด อีกทั้งชุมชนเองก็มีมาตรการที่เข้มงวดในการเข้าพื้นที่ คณะวิจัยได้ประชุมปรึกษาประเด็นดังกล่าวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และขยายระยะเวลาการเก็บข้อมูลถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2565 และมีการปรับลดเป้าหมายในการเก็บข้อมูลให้สอดคล้องกับสถานการณ์ตามบริบทในพื้นที่ โดยจำนวนข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 53,565 ราย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานีแบ่งตาม เพศ และช่วงอายุ (n=53,565)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศหญิง	30,577	57.09
เพศชาย	22,988	42.91
วัยต้น ปี 69 – 60	27,617	51.55
วัยกลาง ปี 79 – 70	16,057	30.00
วัยปลาย อายุตั้งแต่ ปี 80	9,891	18.45
อายุเฉลี่ย 71 ปี (Mean $\pm$ SD. =71.0 $\pm$ 8.6) (range 60-119 ปี)		

ตารางที่ 1 ผู้สูงอายุจำนวน 53,565 ราย แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.09 เพศชายร้อยละ 42.91 โดยผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 51.6 โดยอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ 71 ปี โดยมีอายุมากที่สุดคือ 119 ปี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่คัดกรองพบความผิดปกติ 9 ด้าน (n=53,565)

รายด้าน	จำนวนความผิดปกติ (คน)	ร้อยละ
1 Cognition	14,430	29.00
2 Visual	6,180	12.90
3 Hearing	4,479	8.40
4 UI	4,407	8.20
5 Nutrition	4,119	7.70
6 ADL	2,988	5.80
7 Mobility	2,708	5.40
8 Oral health	1,193	2.40
9 Depressive Symptom	284	0.60

ตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามแบบประเมิน 9 ด้าน ได้แก่ การรู้คิด, การมองเห็น, การได้ยิน, การกลืนปัสสาวะ, ภาวะโภชนาการ, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การเคลื่อนไหว, สุขภาพช่องปาก และสุขภาพจิต พบผู้สูงอายุมีความผิดปกติมากที่สุดคือด้านการรู้คิด 14,430 ราย คิดเป็นร้อยละ 29 รองลงมาคือการมองเห็น 6,180 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 การได้ยิน 4,479 ราย การกลืนปัสสาวะ 4,407 ราย ภาวะโภชนาการ 4,119 ราย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2,988 ราย และการเคลื่อนไหว 2,708 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.40, 8.20, 7.70, 5.80 และ 5.40 ตามลำดับ ส่วนด้านอื่น ๆ ได้แก่ สุขภาพจิตและสุขภาพช่องปาก พบความผิดปกติน้อยกว่าร้อยละ 5

อภิปรายผล

ความผิดปกติของสมรรถนะภายในร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบความผิดปกติรายด้านมากที่สุดคือ ด้านการรู้คิด (Cognition) ร้อยละ 29 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาความผิดปกติด้านการรู้คิดของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ เรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน โดยมีการประเมินสมองโดยใช้แบบประเมิน MMSE Thai-2002 พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 12.6 (Aroonsang, Sritanyarat, Lertrat, Subindee, Surit,

Theeranut et al., 2013) และจากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสอบถาม MMSE-Thai 2002 ในพื้นที่อำเภอบางกรวย นนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ร้อยละ 18 โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม (Tantanokit, Bosittipichet, & Leesri, 2021) และจากรายงานเรื่อง Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 ได้รายงานความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย และเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเพิ่มเป็นสองเท่าทุก ๆ 5 ปีจนถึงอายุ 85 ปี (Lancet Public Health, 2022) ทั้งนี้ความชุกของผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการรู้คิดอาจมีความแตกต่างกันตามแบบคัดกรอง และบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังเช่นจากงานวิจัยของดาราวรรณ รองเมืองและคณะ ศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อม และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mental state examination: MSET10) และ แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment: MoCA-Thai) ในผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA-Thai พบความผิดปกติมากกว่า MSET10 คิดเป็นร้อยละ 85.03 กับ 6.05 (Rongmuang, Pauchpanpisan, Pimtara, & Leaungsomnap, 2021)

ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น (Visual) อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวผู้สูงอายุกับครอบครัวและสังคม รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง การเคลื่อนไหว ความเสี่ยงในการเกิดอันตราย เช่น การหกล้ม และการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งอาจนำไปสู่ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความบกพร่องของการรู้คิด (Cognition) ได้ ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างความบกพร่องในการมองเห็นและผลลัพธ์ด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุพบว่าผู้ที่มีปัญหาด้านการมองเห็นมีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องของการรู้คิด และเพิ่มโอกาสที่จะเกิดความบกพร่องของการรู้คิดสูงขึ้น เมื่อเทียบกับที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว (Gui-Ying, Zi-Shuon, Shan-Shan, Kaipeng, Zi-Ting, He-Xuan et al., 2022) ประเด็นด้านสุขภาพช่องปาก (Oral Health) จากการศึกษาเรื่องสุขภาพช่องปาก ความบกพร่องของการรู้คิด และภาวะสมองเสื่อม พบว่า สุขภาพช่องปากที่ไม่ดีและการสูญเสียฟันเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและความบกพร่องของการรู้คิด (Asher, Stephen, Mäntylä, Suominen, Solomon, & 2022) แต่อย่างไรก็ตามในบริบทของประเทศไทย ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลความสะอาดของสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม จากรายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีฟันผุร้อยละ 52.6 ในขณะที่ในกลุ่มอายุ 80 – 85 ปี พบการสูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าจากเดิม (Bureau of Dental Health Department of Health Ministry of Public Health, 2017)

ในส่วนประเด็นด้านอื่น ๆ ได้แก่การเคลื่อนไหว (Mobility) การกลืนปัสสาวะ (UI) และการได้ยิน (Hearing) นั้นพบแนวโน้มที่เกิดขึ้นร่วมกับความบกพร่องด้านการรู้คิด (Cognition) การมองเห็น (Vision) และ/หรือสุขภาพช่องปาก (Oral health) โดยเฉพาะในประเด็นของความสามารถด้านการเคลื่อนไหว เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุมักสูญเสียสมรรถนะในการเคลื่อนไหว หรือเกิดความเจ็บปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้สูงอายุหวั่นหวาดจากการเข้าสังคม เก็บตัวมากขึ้น รู้สึกเสียสูญเสียคุณค่าในตนเองจากการมีภาวะพึ่งพิง ในทำนองเดียวกันกับการที่ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการควบคุมการกลืนปัสสาวะของตนเองทำให้เกิดความกลัว หลีกเลียงที่จะพบปะเพื่อนและเข้าสังคม จนอาจทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในตนเอง อีก

ทั้งในประเด็นดังกล่าวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจประเมินได้ยาก ผู้สูงอายุอาจจะปกปิดไม่กล้าตอบตามความเป็นจริงเนื่องจากมีความอับอาย และส่งผลให้กลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่แก้ได้ยาก และจากการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะภายในด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามกรอบแนวคิดของ ICOPE ใน 8 ประเทศ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น เพศ ระดับการศึกษา ความบกพร่องด้านการรู้คิด ความผิดปกติของการกลืนปัสสาวะมีความสัมพันธ์อย่างสูงต่อการพึ่งพิงผู้อื่นของผู้สูงอายุ ในขณะที่เดียวกันความเสื่อมของสมรรถภาพในการเคลื่อนไหว สมรรถภาพของจิตใจ และโภชนาการ มีความสัมพันธ์ระดับกลางต่อการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (Prince, Acosta, Guerra, Huang, Jacob, Jimenez-Velazquez et al., 2021)

ประเด็นความผิดปกติด้านการได้ยิน (Hearing) แม้จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติในประเด็นดังกล่าวพบได้น้อย แต่หากไม่มีการแก้ไขและการจัดการที่เหมาะสม จะสามารถนำไปสู่ความบกพร่องในด้านอื่น ๆ อาทิ ทักษะการเข้าสังคม การทรงตัวไม่ดี การหกล้ม ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมถึงความบกพร่องด้านการรู้คิด จากการศึกษาเรื่อง Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission พบว่าความผิดปกติของได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดในการฟัง ซึ่งต้องตีความแปลความหมายจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน อีกทั้งทำให้สมองมีความเสื่อมและผ่องตัวเร็วขึ้นจากข้อจำกัดในการรับรู้ จึงเพิ่มโอกาสให้เข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยลง และบกพร่องด้านการรู้คิดมากขึ้น (Livingston, Huntley, Sommerlad, Ames, Ballard, Banerjee et al., 2021) ซึ่งประเด็นดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน ได้รับการประเมินด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ลดลง เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และการขาดความสนใจในการเข้าร่วมเพราะมีอุปสรรคทางการได้ยิน ซึ่งทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองในประเด็นดังกล่าวมีน้อยกว่าความเป็นจริง

จากผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะภายในของร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่การรู้คิด, การมองเห็น, การได้ยิน, ภาวะโภชนาการ, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การเคลื่อนไหว, สุขภาพช่องปาก และสุขภาพจิต การกลืนปัสสาวะเมื่อพิจารณาความชุกของความผิดปกติดังกล่าว ความสำคัญต่อการจัดการและรับมือกับความบกพร่องของผู้สูงอายุ การรับมือกับปัญหาความบกพร่องด้านการรู้คิดที่หน่วยงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มักมุ่งเน้นไปที่การป้องกันการเสื่อม และชะลอการเสื่อมที่เกิดขึ้นให้ช้าที่สุด โดยกิจกรรมและการบริการทางสาธารณสุขมุ่งเน้นไปที่ด้านการรู้คิดเพียงด้านเดียวเท่านั้น ไม่ได้มีการบูรณาการกับปัจจัยสมรรถนะภายในร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่อาจทำได้ยากและซ้ำ รวมทั้งเป็นการใช้งบประมาณและกำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มากและอาจไม่ทันเวลาในการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นหากนำปัจจัยอื่น ๆ ของสมรรถนะภายในร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุเข้ามาพิจารณาร่วมด้วย ในการลดและชะลอความเสื่อมที่จะเกิดขึ้น เป็นอีกหนึ่งแนวทางหนึ่งสามารถปฏิบัติได้จริง และถือเป็นภารกิจหลักและงานประจำของเจ้าหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ การติดตามและการประเมินภาวะดังกล่าวเป็นประจำทุกปีจะทำให้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถประเมิน วางแนวทางและวิธีการในการป้องกัน ส่งเสริม และรับมือได้อย่างทัน่วงที

โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทาง WHO: ICOPE พบข้อมูลของผู้ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ซึ่งจะนำไปสู่การหาความจำเป็น และความต้องการ (Need & Want) ของผู้ที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและครอบครัวเพื่อวางระบบและการให้บริการ (Service & System) ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยทำให้เห็นถึงความสำคัญของการเก็บข้อมูลด้านสมรรถนะภายในร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ (Intrinsic capacity) ตาม WHO:ICOPE ปัจจุบันการแก้ปัญหาความบกพร่องด้านการรู้คิดจะมุ่งประเด็นไปที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งศักยภาพของสมองประเด็นเดียวเป็นหลัก จึงเป็นที่สนใจในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระยะยาวระหว่างสมรรถนะภายในร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ และการรู้คิด รวมถึงการวิจัยเชิงทดลองในการป้องกันและคงไว้ซึ่งศักยภาพของสมองก่อนการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง จากการลดความบกพร่องของสมรรถนะภายในร่างกายผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก การได้ยิน และการมองเห็น

2. ผลการวิจัยการกลั้นปัสสาวะ (Urinary Incontinence) มีความบกพร่องอยู่ใน 1 ใน 5 อันดับแรกจาก 9 ด้านของสมรรถนะภายในร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ การบริหารจัดการด้านการกลั้นปัสสาวะยังเป็นประเด็นที่ทำหายด้านสาธารณสุข เนื่องจากประเด็นดังกล่าวเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน และเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะเปิดเผยให้คนภายนอกรับรู้ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ควรให้ความสำคัญ และหาแนวทางในการจัดการกับประเด็นดังกล่าวอย่างเหมาะสม

3. ผลการวิจัยจะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน (Hearing) อยู่ในระดับต่ำ จึงเป็นที่น่าสนใจว่าความผิดปกติด้านการได้ยิน เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสื่อสารและการทำแบบประเมินภาวะสุขภาพหรือไม่ ด้วยเหตุนี้หน่วยงานสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ควรเน้นย้ำความสำคัญและคำนึงถึงประเด็นดังกล่าว รวมถึงหาแนวทางในการรับมือเพื่อไม่ให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านการได้ยินถูกละเลยหรือไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

รายการอ้างอิง

- Alzheimer's Society UK. (2017). Turning up the Volume: unheard voices of people with dementia. Retrieved Jan 22, 2023, from <https://www.alzheimers.org.uk/about-us/policy-and-influencing/reports/turning-up-volume>
- Aroonsang, P., Sritanyarat, W., Lertrat, P., Subindee, S., Surit, P., Theeranut, A. et.al. (2013). *Health Profile of Older Persons in Health Care Institute and in Community*. JNSH, 35(2), 15-24. Retrieved Sep 15, 2022, from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/5385>
- Asher, S., Stephen, R., Mäntylä, P., Suominen, AL., & Solomon, A. (2022). *Periodontal health, cognitive decline, and dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. J Am Geriatr Soc. Sep; 70(9): 2695-2709. Retrieved Sep 15, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36073186/>
- Bureau of Dental Health Department of Health Ministry of Public Health. (2017). *The Report of Surveying in Oral Health National 8th time in Thailand 2017*. Bangkok: Samcharoen Thailand Mall. (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Leading Causes of Death*. Retrieved Dec 11, 2022, from <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>

- Department of Medical services Ministry of Public Health. (2021). *Elderly Screening Manual 2564 Ministry of Public Health*. Bangkok: Najanta Creation Co. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2020). *This Report on the Situation of Thai Older Persons in 2019*. Retrieved Nov 20, 2022, from <https://thaitgri.org/?wpdmpro=situation-of-the-thai-eldery-2019>. (in Thai)
- Gui-Ying, C., Zi-Shuo, C., Shan-Shan, Y., Kaipeng, W., Zi-Ting, H., He-Xuan, S. et.al.. (2022). *The association between vision impairment and cognitive outcomes in older adults: a systematic review and meta-analysis*, Aging & Mental Health, 27, Issue 2 Retrieved Jan 22, 2022, from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2022.2077303?journalCode=camh20>
- Health Data Center: HDC Suratthani Provincial health office. (2565). Retrieved June 4, 2022, from https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48
- Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP. (2009). *Alzheimer's Disease: AD*. HITAP, 2(6), 2. (in Thai)
- Jing, W., Willis, R., & Feng, Z. (2016). *Factors influencing quality of life of elderly with dementia and care implications: A systematic review*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 66, 23–41.
- Lancet Public Health. (2022). *Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. Retrieved Aug 6, 2022, from [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00249-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00249-8/fulltext)
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S. et.al. (2020). *Dementia prevention, intervention and care: 2022 report of the Lancet Commission*. Lancet, 396(10248), 413-446.
- McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C.R., Kawas, C.H. et.al. (2011). *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendation from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workshop on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*. Alzheimer's & dementia. The journal of the Alzheimer's Association, 7(3), 263-269.
- Olusanya, B.O., Neumann, K.J., & Saunders, J.E. (2014). *The global burden of disabling hearing impairment: a call to action*. Bull World Health Organ, 92(5), 367-73.
- Prince, M.J., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K.S., Jimenez-Velazquez, I.Z. et al. (2021). *Intrinsic capacity and its associations with incident dependence and mortality in 10/66 Dementia Research Group studies in Latin America, India, and China: A population-based cohort study*. Retrieved Aug 6, 2022, from <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003097>

- Rongmuang, D., Pauchpanpisan, C., Pimtara, P. & Leaungsomnapa, Y. (2021) *Prevalence of Cognitive Impairment and Ability to Perform Activities of Daily Living among the Elderly in Muang District Chantaburi*. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology) ,16(1), 1-12. (in Thai)
- Sophia, B. & Alan, J. T. (2014). *Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence?*, Maturitas, 79(2), 184-190. Retrieved Aug 14, 2022, from <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.009>.
- Tantanokit, T., Bosittipichet, T. & Leesri, T. (2021). *The Study of Prevalence and Associated Factors of Dementia in the Elderly*. Siriraj Medical Journal, 73(4), 224-235. Retrieved Oct 16, 2022. from; <https://doi.org/10.33192/Smj.2021.30>
- World Health Organization (2017). *Integrated care for older people (ICOPE) Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Retrieved Mar 11, 2021, from <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre/ICOPE-evidence-profile-depressive.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) Handbook: Guidance on person-centered assessment and pathways on primary care*. Retrieved Feb 27, 2022, from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: Guidance for systems and services*. Retrieved Nov 6, 2022, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>
- World Health Organization. *Dementia*. (2020). Retrieved Mar 12, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Health Organization Seventy-third world health assembly. (2020). *Decade of healthy aging: The Global strategy and action plan on aging and health 2016-2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life*. Retrieved Sep 4, 2022, from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_INF2-en.pdf