



การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล ตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

Care Towards Best Nursing Practice in Geriatric Syndromes

พศ.ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล
ตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
Care Towards Best Nursing Practice
in Geriatric Syndromes

ผศ.ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล
ตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
Care Towards Best Nursing Practice in Geriatric Syndromes

ผู้แต่ง: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์

Ph.D. (Nursing), University of New England, Australia.

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยใน
ผู้สูงอายุ = Care Towards Best Nursing Practice in Geriatric
Syndromes / บรรณาธิการ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์—สงขลา : ชาน
เมืองการพิมพ์. 2559

308 หน้า : ภาพประกอบ, ตาราง

1. กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ—การพยาบาล 2. Geriatric
Syndromes—Nursing

I. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. บรรณาธิการ

610.7365

ISBN 978-616-406-682-3

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

จัดพิมพ์โดย : เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์

พิมพ์ครั้งที่ : 2

พิมพ์ที่ : ชานเมืองการพิมพ์ จ.สงขลา

ปีที่พิมพ์ : มีนาคม 2559

จำนวน : 500 เล่ม

ราคา : 300 บาท

อุทิศแด่...

พ่อ แม่ ครู อาจารย์ และผู้สูงอายุทุกท่าน
ที่สร้างสรรค์แบบอย่างของการสูงวัยอย่างมีคุณค่า
ให้และสร้างความหมายของครอบครัวที่อบอุ่น
ให้พวกเราได้มุ่งมั่นก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

คำนำ

หนังสือการดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Care Towards Best Nursing Practice in Geriatric Syndromes) เป็นผลงานวิชาการจากโครงการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการ ที่ผู้เขียนได้รับอนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งหนังสือเล่มนี้ได้เรียบเรียงจากประสบการณ์การสอนการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งในระดับบัณฑิตศึกษาและปริญญาตรี และจากการทำวิจัยในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย และงานวิชาการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน

ผู้เขียนมีความตั้งใจให้หนังสือเล่มนี้ มีเนื้อหาที่ครอบคลุมความรู้ในการปฏิบัติพยาบาลในรูปแบบของการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการดูแลตามกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งความรู้ที่ใช้ผลงานวิจัยเป็นฐานในการปฏิบัติ จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล และเป็นกลไกนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศทางการพยาบาล ซึ่งบุคลากรพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติพยาบาลบนคลินิก และเป็นเอกสารอ้างอิงในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม และมีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ อีกทั้งสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยและใช้ประกอบการเรียนการสอนทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุในระดับบัณฑิตศึกษาและปริญญาตรี

หนังสือการดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาแบ่งเป็น 12 บท โดยบทแรกเป็นบทนำ: การดูแลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 2 แนวคิดการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุและหลักการดูแล บทที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุอย่างครอบคลุม บทที่ 4-10 เป็นการพยาบาลเพื่อจัดการกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ บทที่ 4 การพยาบาลเพื่อจัดการกลุ่มอาการความ

เสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 5 การพยาบาล เพื่อจัดการปัญหาการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการพร่องในผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 6 การพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 7 การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 8 การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 9 การพยาบาลเพื่อจัดการแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 10 การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ บทที่ 11 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และบทที่ 12 การศึกษารายกรณี: การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุตามกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณาจารย์จากภาค วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ สำหรับการสนับสนุนการลาเพิ่มพูนความรู้ทาง วิชาการ และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สุนุดตรา ตะบูนพงศ์ และรศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มี คุณค่าในการปรับปรุงเนื้อหาเพื่อความสมบูรณ์ของหนังสือ

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 การดูแลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ	1
● ความหมายและความสำเร็จของการดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ	2
● สถานการณ์ผู้สูงอายุและผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพของประเทศ	3
● การเปลี่ยนแปลงประชากรไทยและผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	4
● นโยบายด้านสุขภาพและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	7
● ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	10
● รูปแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ	14
● พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพและแนวทางสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้สูงอายุ	16
● เอกสารอ้างอิง	20
บทที่ 2 แนวคิดการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุและหลักการดูแล	25
● แนวคิดและความหมายของกลุ่มอาการสูงอายุ	26
● การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในวัยสูงอายุกับการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ	30
● การเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● พยาธิสภาพของการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ	35
● ผลกระทบของการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ	37
● หลักการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ	38
● เอกสารอ้างอิง	42
บทที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม	47
● ความหมายและความสำคัญของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม	48
● ประโยชน์ของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม	51
● หลักการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม	52
● มิติต่าง ๆ ในการประเมินผู้สูงอายุและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน	55
● บทบาทของพยาบาลต่อการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม	59
● เอกสารอ้างอิง	65
บทที่ 4 การพยาบาลเพื่อจัดการกลุ่มอาการความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุ	69
● ความหมายของความสามารถในการทำหน้าที่	70
● อุบัติการณ์ความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่และผลกระทบ	71

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่	73
● แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเสื่อมถอย ของความสามารถในการทำหน้าที่	77
● เอกสารอ้างอิง	82
บทที่ 5 การพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาการรับประทานอาหาร	87
และภาวะโภชนาการพร่องในผู้ป่วยสูงอายุ	
● ความหมายของภาวะทุพโภชนาการและภาวะ โภชนาการพร่อง	88
● อุบัติการณ์การเกิดภาวะโภชนาการพร่องในผู้สูงอายุ	89
● ผลกระทบของภาวะโภชนาการพร่องต่อผู้สูงอายุ	90
● ปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ พร่องในผู้สูงอายุ	90
● การประเมินและการคัดกรองภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุ	97
● แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการ ปัญหาภาวะโภชนาการพร่องในผู้ป่วยสูงอายุ	102
● เอกสารอ้างอิง	106
บทที่ 6 การพยาบาลเพื่อจัดการปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วย	111
สูงอายุ	
● ความหมายของการนอนหลับ	112
● สรีรวิทยาของวงจรการนอนหลับ	113

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
• อุบัติการณ์ปัญหาการนอนหลับ และผลกระทบของปัญหาการนอนหลับ	115
• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ	117
• การประเมินคุณภาพการนอนหลับ	121
• แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ	122
• เอกสารอ้างอิง	132
บทที่ 7 การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	139
• อุบัติการณ์ของภาวะหกล้ม	140
• ผลกระทบของภาวะหกล้ม	142
• ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม	143
• แนวทางการจัดการเพื่อป้องกันและลดภาวะหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	146
• เอกสารอ้างอิง	156
บทที่ 8 การพยาบาลเพื่อจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ	161
• อุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลัน และผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลัน	163
• ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน	164

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	166
● เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน	167
● แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุ	168
● เอกสารอ้างอิง	179
บทที่ 9 การพยาบาลเพื่อจัดการแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ	183
● กลไกการเกิดแผลกดทับ	184
● การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	187
● ผลกระทบจากการเกิดแผลกดทับ	189
● ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ	190
● แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ	193
● เอกสารอ้างอิง	204
บทที่ 10 การพยาบาลเพื่อจัดการกลุ่มอาการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ	211
● ความหมายของภาวะซึมเศร้า	212
● อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	213
● ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้ป่วยสูงอายุ	214

สารบัญ (ต่อ)

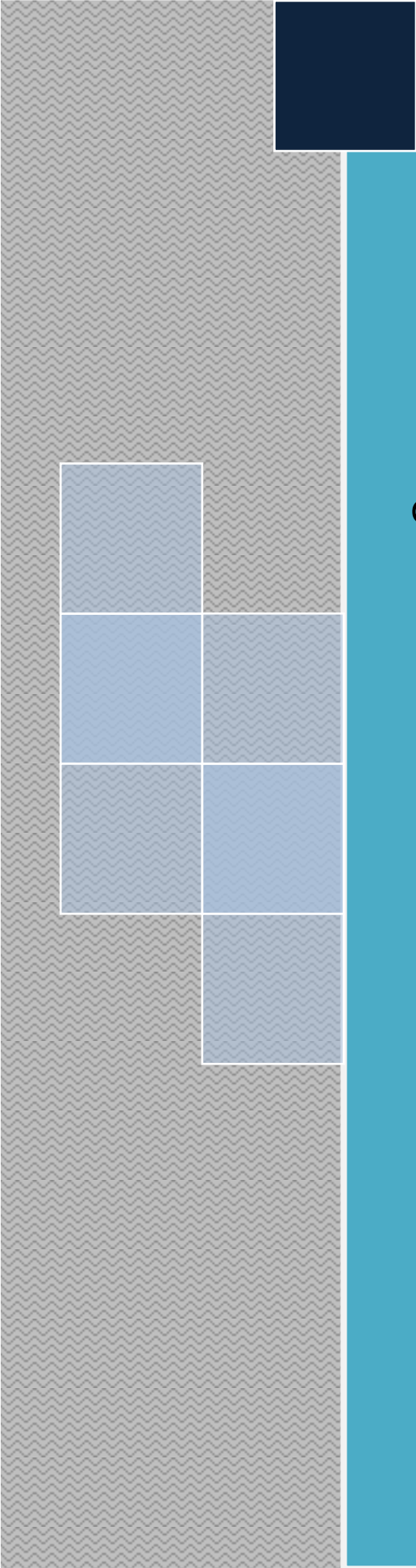
	หน้า
● สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า	215
● ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	216
● แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	222
● เอกสารอ้างอิง	227
บทที่ 11 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	233
● แนวคิดการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน	234
● ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่าน	237
● หลักการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน	239
● กระบวนการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	240
● ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลต่อเนื่องในระยะเปลี่ยนผ่าน	244
● แนวทางพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องระยะเปลี่ยนผ่าน	247
● รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านและผลลัพธ์การดูแล	249
● เอกสารอ้างอิง	252

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 12 การศึกษารายกรณี: การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุตามกลุ่ม อาการสูงอายุที่พบบ่อย	257
สถานการณ์ตอนที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีปัญหาการนอนหลับ	258
● ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาการนอน หลับของผู้ป่วย	260
● กิจกรรมการพยาบาล	260
● การประเมินผล	263
สถานการณ์ตอนที่ 2 เมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการผ่าตัด และมีภาวะสับสนเฉียบพลัน	264
● แผนการพยาบาลเพื่อการจัดการภาวะสับสน เฉียบพลัน	265
สถานการณ์ตอนที่ 3 ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิด แผลกดทับ	268
● ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับแผลกดทับ	270
● กิจกรรมการพยาบาล	270
● การประเมินผล	273
เอกสารอ้างอิง	275
ดัชนี	289

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอาการใน	28
ความหมายเดิมและกลุ่มอาการสูงอายุ	
ตารางที่ 2	
ความหมายของตัวชี้วัดและปัจจัยเสี่ยงภาวะโภชนาการ	101
พร่องผู้สูงอายุ	



บทที่ 1

การดูแลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการ

พยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

Care Towards Best Nursing Practice for

Older Adults Patients

การดูแลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเป็นเป้าหมายที่สำคัญ และสอดคล้องกับความต้องการพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในระบบการบริการสุขภาพของประเทศ เนื่องจากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุและนโยบายสุขภาพของประเทศ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม ความเป็นอยู่และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต่างจากรายอื่น ๆ และการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเกิดปัญหาภาวะสุขภาพและกลุ่มอาการผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความต้องการการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ก้าวไปสู่ความเป็นเลิศ

ความหมายและความสำเร็จของการดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลผู้สูงอายุ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ สหিতตามรัฐธรรมนูญในการได้รับบริการที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า รวมถึงการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการสุขภาพมีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยองค์กรวิชาชีพพยาบาลจะต้องพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลให้มีมาตรฐาน ค้นหาองค์ความรู้และใช้ผลงานวิจัยเป็นฐานในการปฏิบัติเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความพึงพอใจและลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดความหลากหลายในการปฏิบัติ สามารถตรวจสอบผลลัพธ์ได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งการปฏิบัติทางการพยาบาลโดยการวิจัยเป็นฐานจะเป็นกลไกในการนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศ¹

ความสำเร็จของการดูแลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ เมื่อพยาบาลมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และได้รับการพัฒนาความรู้ที่มีความทันสมัย โดยมีการนำผลงานวิจัย

และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล เนื้อหาในบทนี้จะทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ ผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพของประเทศ ภาวะสุขภาพ ภาวะทุพพลภาพและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งความต้องการการพัฒนาคุณภาพที่มีเป้าหมายมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุและผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพของประเทศ

สังคมผู้สูงอายุ: ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความเจริญทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและการสาธารณสุข ทำให้จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สถานการณ์ผู้สูงอายุสำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 11.9 ซึ่งถือว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มตัว² และในอีก 20 ปีข้างหน้า คือ พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัวอยู่ที่ ร้อยละ 25³ แม้ว่าจำนวนประชากรรวมและประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้น แต่มีอัตราเพิ่มที่แตกต่างกัน กล่าวคือ อัตราการเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าประชากรรวมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นด้วย กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปต่อประชากรสูงอายุทั้งหมด จะเพิ่มจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 26⁴ หรือจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38 ในปีพ.ศ. 2563 ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะปิระมิดของประชากรเป็นลักษณะระฆังคว่ำและรูปแฉกในพ.ศ. 2543 และ พ.ศ.2563 ตามลำดับ⁵

ข้อมูลจากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ที่พบว่าอายุคาดหมายเฉลี่ยการมีสุขภาพดี (health average life expectancy: HALE) ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75.2 ปี และเพศชายเท่ากับ 68.4 ปี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการวางแผนรองรับสังคมผู้สูงอายุ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล⁶ และต่อเนื่องในระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁷

การเปลี่ยนแปลงประชากรไทยและผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงประชากรไทย ทำให้มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1 การเตรียมการรองรับสังคมสูงอายุ (aging society)

ตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมา แนวโน้มของประชากรไทยที่พบการเกิดลดลง ประชากรวัยทำงานมีจำนวนลดลงและประชากรวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น⁸ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีเวลาเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ น้อยกว่าในแถบยุโรป ผลที่ตามมา คือ รัฐ สังคมและครอบครัวจะต้องเตรียมวางมาตรการให้ความมั่นคงในชีวิตแก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการมีรายได้ สุขภาพอนามัยและการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีรายได้เพื่อยังชีพอย่างเพียงพอ และเมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีอัตราป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น³

2 การเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุและผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพอยู่ในภาวะพึ่งพิง

ในรายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) เป็นร้อยละ 11.9 และในอีก 20 ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็นมากกว่า 2 เท่าตัว อยู่ที่ร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว³ ปัจจัยที่นำไปสู่การสูงอายุทางประชากรมี 2 ปัจจัย ได้แก่ การลดลงอย่างรวดเร็วของการเกิด และการลดภาวะการตายของประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบกับมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และ

เทคโนโลยี ทำให้สามารถป้องกันโรคติดต่อ การฟื้นจากความเจ็บป่วยและการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ประชากรสูงอายุและผู้ทุพพลภาพ/พิการจึงเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2550 กับปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) มีประมาณ ร้อยละ 78 กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีร้อยละ 20 ขณะที่กลุ่มพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง (กลุ่มติดเตียง) มีร้อยละ 2 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี โดยผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะอายุยืนกว่าชาย แต่มีภาวะทุพพลภาพในสัดส่วนที่สูงกว่า⁶ ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานที่ดูแลผู้สูงอายุนั้นลดลง จากปี พ.ศ. 2553 มีประชากรแรงงานโดยเฉลี่ย 6 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน จะลดลงเหลือแค่เพียง 2 คนในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งส่งผลให้คนวัยแรงงานมีภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุไทยนั้นมียูนิขึ้น และกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลต่อความจำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่องระยะยาว⁹

3 ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีจำนวนลดลง

สภาพสังคมเศรษฐกิจที่เน้นการพัฒนาในเมืองมากกว่าในชนบท มีผลทำให้ประชากรเข้ามารวมตัวอยู่ในเขตเมืองมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และการกระจายตัวประชากรตามพื้นที่ต่างๆ มีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย เพราะนำไปสู่จุดเปลี่ยนทางสังคมของประเทศด้วย เนื่องจากครอบครัวจะมีบุตรน้อยลง สังคมไทยจะเต็มไปด้วยผู้สูงอายุและดำเนินชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่มากขึ้น^{3,10} สภาพดังกล่าว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทยและรูปแบบการอยู่อาศัยหรือครัวเรือนเช่นกัน โดยพบว่าครอบครัวมีลักษณะที่ประกอบด้วยสมาชิกเป็นผู้สูงอายุและเด็กหรือมีเฉพาะสมาชิกผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹¹ ส่งผลกระทบต่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน

4 ข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและการใช้นโยบายการวินิจฉัยกลุ่มโรคร่วม (Diagnostic related group: DRG)

การวินิจฉัยกลุ่มโรคร่วมเป็นระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (Patient Classification System) ที่อาศัยข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลัก โรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนมาจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อกำหนดว่าผู้ป่วยในกลุ่มเดียวกันจะใช้เวลานานอนในโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน และสิ้นเปลืองค่ารักษาหรือทรัพยากรใกล้เคียงกัน นโยบายดังกล่าวเพื่่อมุ่งลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล แต่จากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง อัมพาต/อัมพฤกษ์ และโรคมะเร็ง¹² การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และจำหน่ายผู้ป่วยส่วนหนึ่งออกไปทั้งที่ยังมีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ บางรายอาจสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ขณะที่บางรายใช้ชีวิตได้อย่างจำกัดและต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความต้องการการดูแลที่หลากหลาย จากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่ก็มีข้อจำกัดในการดูแลต่อเนื่องจากความไม่พร้อมด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสุขภาพ เวลา ความรับผิดชอบ เศรษฐกิจ ความรู้ความสามารถในการดูแล และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล ทำให้ภาระการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีมากเกินกำลังของผู้ดูแล⁹

5 ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลขาดความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล ระหว่าง 4.6-5.87 วัน และขณะอยู่โรงพยาบาล ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับบริการฟื้นฟู และบริการที่ได้รับก็จำกัดเพียงการฟื้นฟูการเคลื่อนไหว แต่ไม่สามารถฟื้นฟูให้สามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้⁶ สอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง

สาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่าย แต่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้ จำนวน 1,186 คน อายุเฉลี่ย 54.4 ปี และร้อยละ 40 เป็นผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วย ร้อยละ 26.3 ไม่มีความพร้อมในการดูแล โดยมีเหตุผลสำคัญ ได้แก่ ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วย หรือมี แต่ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการดูแลที่ซับซ้อน เช่น การทำแผล ฉีดยา-ป้อนยา ป้องกันแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูแลแผล การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และการให้ออกซิเจน รวมไปถึงการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย โดยผู้ดูแล 1 ใน 3 ต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังขาดความพร้อมของอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย ที่พักอาศัยไม่เหมาะสม รวมถึงอุปสรรคการเดินทางในการพาผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง⁶ ดังนั้นนโยบายการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลดังกล่าว มีผลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อม ต้องการการดูแลต่อเนื่อง

โดยสรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุได้ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบบริการระยะยาวทั้งในเชิงนโยบาย ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมสำหรับรองรับสังคมผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) มีการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และมาตรการต่าง ๆ รวมทั้งมีมติสมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาว เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ สามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยืนยาว และตระหนักถึงกระบวนการเตรียมตัว ครอบครัวและสังคมให้เป็นผู้เกษียณอายุอย่างมีคุณภาพดีที่สุดและนานที่สุด

นโยบายด้านสุขภาพและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

นโยบายด้านสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ

ภาครัฐได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งมุ่งเป้าหมายให้มีการมีระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้าง

สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง และกำหนดนโยบายด้านสุขภาพโดยออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในหมวดที่เกี่ยวกับสิทธิการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งกำหนดว่าบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งภารกิจที่รัฐจะต้องมีต่อประชากรผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ และรัฐต้องสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้¹³ ในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย กำหนดเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ และเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ ผู้สูงอายุพึงได้รับการตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าที่ได้ทำประโยชน์ในฐานะ "ผู้ให้" แก่สังคม นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2545 รัฐบาลโดยคณะทำงานเพื่อส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ เน้นการนำศักยภาพผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม นอกจากนี้ รัฐยังได้กำหนดยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนแผนงาน ดังนี้¹⁴

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) การประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ 2) การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ 3) การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) ส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น 2) ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ 3) ส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ 4) สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 5) ส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และ 6) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ดังนี้ 1) การคุ้มครองด้านรายได้ 2) หลักประกันด้านคุณภาพ 3) ด้านครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง และ 4) ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และ 2) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก ได้แก่ 1) สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมอย่างเหมาะสม 3) การติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และ 4) พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อให้มีกฎหมายที่ครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งด้านโครงสร้าง องค์กรและระบบบริหารจัดการที่รองรับการดำเนินงานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ สิทธิของผู้สูงอายุในด้านบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่คุ้มครองและไม่เลือกปฏิบัติเพราะความสูงอายุ นอกจากนี้ มีมาตรการจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดโดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดคล้องประสานกัน ระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคมโดยครอบคลุมบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในศูนย์ บ้านและชุมชน สนับสนุนระบบ

อาสาสมัคร ส่งเสริมความรู้ความสามารถของผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแล นอกจากนี้ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุและสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุที่เพียงพอแก่การให้บริการ และสามารถรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ¹² ดังนั้นการให้บริการสุขภาพจะต้องคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐาน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่จำเป็นและมีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ความสำคัญกับครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต

จากแนวโน้มของโครงสร้างทางประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 ทำให้เกิดความจำเป็นในการจัดทำนโยบายแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ เพื่อรองรับให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลของภาครัฐ ดังนั้นการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญยิ่ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้

1 ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ ในกระบวนการเกิดประชากรผู้สูงอายุ นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแล้ว ผู้สูงอายุที่มีอายุมากยังมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ มีลักษณะแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อายุน้อย และได้รับผลกระทบหรือผลต่อเนื่องรุนแรงกว่า ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากเกิดภาวะทุพพลภาพมากกว่ากลุ่มอื่น และยังเป็นกลุ่มที่เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่มากเมื่อเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล^{15,16} ปัญหาสุขภาพและการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุเป็นปัญหาสำคัญและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

และจิตใจจากความสูงอายุและ/หรือจากปัจจัยเสี่ยงโดยเฉพาะการสะสมของโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค ความสูงอายุและการเจ็บป่วยก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อน กระทบต่ออวัยวะและร่างกายหลายระบบ เกิดภาวะทุพพลภาพและสูญเสียช่วงชีวิตที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ หรืออายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ (active life expectancy)^{17,18}

ผู้สูงอายุมีความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพของตน คือ คาดหวังการมีชีวิตที่ยังคงมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรต่าง ๆ ให้ได้นานที่สุด¹⁹ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ร้อยละ 95.6 และ 93.07 ของผู้สูงอายุชายและหญิงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ขณะที่ร้อยละ 11.7 และ 17.5 ต้องการความช่วยเหลือในบ้านในเพศชายและหญิง ตามลำดับ โดยมีการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี 2552 พบว่ามีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คน ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ต้องนอนติดเตียง ต้องมีคนดูแลตลอดเวลาและจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี 2562 หรือในอีก 10 ปีข้างหน้า²⁰

2 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

2.1 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย การสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 46.08 ประเมินว่ามีสุขภาพในเกณฑ์ดีถึงดีมาก ร้อยละ 21.5 และ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีมาก และโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็น 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคหัวใจ ร้อยละ 32, 13 และ 7 ตามลำดับ²¹ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาข้อมูลสำรวจจากการตรวจร่างกายในอีก 2 ปี ต่อมา คือ พ.ศ. 2551-2552 พบผู้สูงอายุมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 48 และ 16 และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ตรวจพบ ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว²²

2.2 กลุ่มโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการวิเคราะห์กลุ่มโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มพบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่ามี 3 กลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ²³ ดังนี้

1 กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ

(musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (crystal-associated arthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) และภาวะกระดูกหัก

2 กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง

(atherosclerosis) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease)

3 กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท

(neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแบ่งออกเป็นชนิดต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular dementia) ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน (delirium) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

2.3 กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) การเกิดโรค

เรื้อรังในหลายระบบของร่างกายร่วมกับความสูงอายุ ทำให้เกิดกลุ่มอาการที่ไม่จำเพาะต่อโรคใดหรือระบบอวัยวะใดชัดเจน แต่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมาก กลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหกล้มการสูญเสียความสามารถในการเดินและการเคลื่อนไหว การไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ การเกิดแผลกดทับ ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ปัญหาการนอน การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา และภาวะขาดสารอาหารและพลังงาน²⁴

3 ปัจจัยด้านภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ “ภาวะทุพพลภาพ”

หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจต่าง ๆ ที่ควรกระทำได้เป็นปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยเฉพาะการมีโรคเรื้อรัง เช่น การเป็นอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดในสมอง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ภาวะทุพพลภาพเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุห่วงใย

และให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากการสูญเสียความสามารถทำให้เกิดความต้องการพึ่งพา หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่าง ๆ และผู้สูงอายุใช้ความสามารถหรือการเป็นอิสระ ประเมินภาวะสุขภาพและความแข็งแรง ดังนั้นภาวะทุพพลภาพจึงเป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพตัวหนึ่งในผู้สูงอายุ^{16,25}

ปัญหาสุขภาพเรื้อรังและเฉียบพลันเป็นเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 คน มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรม หรือมีภาวะพึ่งพิงจากความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน²⁰ และการสำรวจความชุกของภาวะทุพพลภาพ โดยการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยและการตรวจร่างกายในปี 2547 พบความชุกของภาวะทุพพลภาพในด้านความจำกัดในการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน ร้อยละ 5.5 ในขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 56.3 มีความจำกัดในการทำงานบ้านและผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.8 มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย/กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ โดยผู้หญิงมีความชุกของภาวะทุพพลภาพทุกประเภทสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย¹⁷

4 ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากแนวโน้มสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ขนาดครัวเรือนที่เล็กลง รูปแบบงานที่เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม สัดส่วนผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้น สตรีทำงานนอกบ้านมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหลักยังคงเป็นครอบครัวในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลร้อยละ 81.2 เป็นบุตรหลานและญาติ²⁷ อย่างไรก็ตาม เมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่เหมาะสม หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและต่อความต้องการบริการทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่ผ่านมา ส่งผลต่อขนาด โครงสร้าง ความสัมพันธ์และระบบการ