

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาของประเทศไทย กำลังพัฒนาหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย นับเป็นตัวอย่างของความสำเร็จในด้านนโยบายประชากร กล่าวคือ สามารถควบคุมอัตราเพิ่มของประชากร โดยผ่านการลดของอัตราเกิด ซึ่งลดอย่างรวดเร็วและภายในระยะเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตาม การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร โดยที่ประเทศเหล่านี้ จะเปลี่ยนจากประเทศที่มีโครงสร้างทางอายุของประชากร ที่มีประชากรผู้เยาว์เป็นภาระไปสู่โครงสร้างที่มีประชากรผู้สูงอายุเป็นภาระมากขึ้น

จากประสบการณ์ของประเทศอุตสาหกรรม ซึ่งได้ผ่านขบวนการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและกำลังอยู่ในภาวะที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูง โดยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 หรือมากกว่านั้น เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา สวีเดน อังกฤษ และญี่ปุ่น ประเทศเหล่านี้กำลังประสบปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม จะเป็นปัญหาประชากรที่สำคัญปัญหาใหม่ ที่ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราเกิดอย่างรวดเร็วจะต้องเผชิญในอนาคต

สำหรับประเทศไทย ขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง คือ จาก 1.2 ล้านคนในปีพ.ศ. 2503 เป็นประมาณกว่า 3 ล้านคนในปีพ.ศ. 2530 หรือจากประมาณร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 7 ในช่วงเกือบสามทศวรรษ และมีการคาดประมาณว่าในปี

พ.ศ. 2555 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ^(๑) ประกอบกับการพัฒนาทางการแพทย์และอนามัยได้ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ดังนั้นในอนาคตประเทศไทยจึงเป็นอีกประเทศหนึ่งที่จะต้องเผชิญกับปัญหาของผู้สูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุแม้จะมีใช้ปัญหาที่เร่งด่วนแต่ก็เป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรมีการตระเตรียมการ ดังเช่นที่ได้ประสบความสำเร็จมาแล้วกับการเตรียมการแก้ไขปัญหาอัตราเพิ่มของประชากรที่สูงเกินไป กลุ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ทำคุณประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติมาเนิ่นนาน เมื่อถึงเวลาที่ประชากรกลุ่มนี้ไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเอง ก็ควรเป็นหน้าที่ของครอบครัวหรือสังคมที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีนอคว

ปัญหาของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นเรื่องสุขภาพร่างกายแล้ว ปัญหาทางจิตก็จัดได้ว่าเป็นปัญหาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง และคนรอบข้างได้ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ดังเช่นในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบความชุกของปัญหาทางจิตในผู้สูงอายุมีจำนวนถึงร้อยละ 25 และที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า ^(๒)

โรคสมองเสื่อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความผิดปกติในเรื่องของความจำที่เสื่อมลงเรื่อย ๆ ซึ่งจะเกิดผลตามมาที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของบุคลิกภาพ พฤติกรรม และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ความเสื่อมถอยทางสติปัญญามาก จะทำให้ในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ และเป็นภาระหนักต่อญาติผู้ดูแล ^(๓)

ส่วนโรคซึมเศร้านั้นอาการต่าง ๆ ของโรคจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมาน เช่น มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา รู้สึกชีวิตไร้ค่า นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิและมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งมีส่วนทำให้สุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุทรุดโทรมลง ผลกระทบอีกด้านหนึ่งคือ ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามักหันกลับมาสนใจเรื่องสุขภาพร่างกายของตน ^(๔) และมักมาพบแพทย์ด้วยอาการต่าง ๆ ทางร่างกาย จัดได้ว่าเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมากขึ้น ^(๕)

โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มักถูกละเลยและมองข้ามไปไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลทั่วไป ญาติของผู้ป่วยหรือตัวผู้สูงอายุเอง ไม่ได้ตระหนักถึงเรื่องนี้ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดขึ้นได้กับวัยสูงอายุ ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นในวันก็จะยิ่งเป็นภาระหนักมากขึ้น ดังนั้นควรหันมาให้ความสนใจกับโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้มากขึ้น เหมือนดังประเทศที่พัฒนาแล้วได้ให้ความสำคัญตั้งแต่แรกเริ่ม และมีการเตรียมแผนการเพื่อรองรับปัญหากันอย่างกว้างขวาง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีรายงานการวิจัยในประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนมากที่ศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ซึ่งแต่ละรายงานการวิจัยก็มีความแตกต่างกันทั้งในแง่พื้นที่ที่ศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัยและหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค แต่ก็มีสรุปโดยภาพรวมว่า ในชุมชนจะพบความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 5-6 และพบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 1-4¹⁰ ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วนั้น ครอบครัว สังคม หน่วยงานของรัฐบาลและเอกชนจะต้องประสบกับปัญหาในการแบกรับภาระผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นอย่างมาก

สำหรับประเทศไทยนั้น เท่าที่ผ่านมาผู้สูงอายุของเรายังไม่ประสบปัญหาอย่างรุนแรงดังเช่นในประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในครอบครัวแบบขยาย ซึ่งได้รับการดูแลอย่างดีจากลูกหลาน แต่การเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคมไทยจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม มีผลให้วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทยเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ทั้งในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เวลาที่คอยดูแลผู้สูงอายุนั้นมีน้อยลงไปทุกที

ในระยหลังนี้ได้มีผู้เล็งเห็นความสำคัญและปัญหาของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยมากขึ้น โดยเฉพาะโรคสมองเสื่อมนั้นมียารายงานการวิจัยในปี 2534 โดย Phanthumchinda K และคณะ¹⁰ ซึ่งได้ทำการสำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมใน

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดคลองเตย พบความชุกของโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 1.8 จาก
 นั้นในปี 2536 ก็ปรากฏผลการสำรวจความชุกของโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อยู่ในตำบลศาลายา
 กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม โดย อภิญญา กังสนารักษ์ และคณะ ⁽¹¹⁾ พบความชุก
 ของโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 4.8

สำหรับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้น ยังไม่พบว่า มีรายงานการศึกษาความชุกในชุมชน
 ของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้สนใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า ดังจะเห็นได้จากมีรายงาน
 การวิจัยในปี 2533 โดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ⁽¹²⁾ ที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะ
 ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับจังหวัดอุทธรธานี พบความชุกของภาวะ
 ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 80.3 และจังหวัดอุทธรธานี พบร้อยละ 84.8
 จากนั้นในปี 2536 มีรายงานเพิ่มเติมจาก อัมพร โอตระกูล และคณะ ⁽¹³⁾ ซึ่งได้ทำการ
 ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนดินแดง กรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบ
 กับอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน
 ดินแดง ร้อยละ 38 และอำเภอบรรพตพิสัย พบร้อยละ 67.4

จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาความชุก
 ของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาก่อน
 ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นถือได้ว่า เป็นภาคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโครงสร้าง
 ทางเศรษฐกิจและสังคม มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีการอพยพ
 ย้ายถิ่นของแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับหลานมากขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมงานสาธารณสุข จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ
 ความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยวิทยานิพนธ์
 ฉบับนี้จะเลือกศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งยังไม่มีผู้ใดทำศึกษามาก่อน
 คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ทราบถึงขนาดของปัญหา ตลอดจนปัจจัยที่มีความ
 สัมพันธ์กับโรค เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับบริการด้านต่าง ๆ ใน
 สังคม และเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อหาอัตราความชุกของโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย จำนวนคนในครัวเรือน การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด รวมประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 54,206 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage-Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 1,707 คน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในอำเภอโพนทอง 356 คน อำเภอเกษตรวิสัย 323 คน อำเภอธวัชบุรี 586 คน และอำเภอจตุรพักตรพิมาน 442 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

- 2.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป
 - 2.2 ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์และการทดสอบ
 - 2.3 ยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษา
3. ตัวแปรที่ศึกษา
- 3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย จำนวนคนในครัวเรือน การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
 - 3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม / ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบทดสอบสำหรับประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแบบทดสอบนี้พัฒนาขึ้นในปี 2536 โดย ชาตทอง ไล้เลิศ^(๑) และใช้แบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งพัฒนาขึ้นในปี 2539 โดย วันเพ็ญ แสงสงวน^(๒) ทั้งแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ดังกล่าว ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-III-R และทั้ง 2 ฉบับได้มีการนำมาปรับปรุงใหม่ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV โดยรวิวรรณ นีวาตพันธุ์ และคณะ

ผู้วิจัยได้คัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้สูงอายุซึมเศร้าด้วยแบบทดสอบ และแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงใหม่โดยรวิวรรณ นีวาตพันธุ์ และคณะ ซึ่งยึดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV ผู้สูงอายุที่ผ่านขั้นตอนการคัดกรอง ผู้วิจัยจะถือผลว่าเป็นโรคหรือไม่ตามผลการตรวจวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ที่มีความชำนาญในเรื่องผู้สูงอายุ

ในกรณีที่ผู้สูงอายุรายใดผ่านการคัดกรองจากแบบทดสอบ สำหรับประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าทั้งสองฉบับ จิตแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า โดยมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องประมาณ 6 เดือน หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะนำแบบทดสอบสำหรับประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไปทำการทดสอบอีกครั้งหนึ่ง ถ้าผู้สูงอายुरายใดมีคะแนนของแบบทดสอบดังกล่าวสูงขึ้นจากเดิม จิตแพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้าผู้สูงอายुरายใดมีคะแนนของแบบทดสอบเท่าเดิมหรือน้อยลง จิตแพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศราร่วมด้วย

สมมติฐานการวิจัย

1. ในชุมชนของจังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า
2. ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สุขภาพกาย จำนวนคนในครัวเรือน การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความชุก (Prevalence) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่ที่พบในประชากร ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง
2. ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
3. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงได้รับการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสำหรับประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งแบบทดสอบที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบทดสอบที่มีการปรับปรุงใหม่โดย รวีวรรณ นีวาตพันธุ์ และคณะ ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองจากแบบทดสอบ โดยมีคะแนนของแบบทดสอบน้อยกว่า 21 ใน 27 คะแนน จะต้องได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม
4. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงได้รับการคัดกรองด้วยแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ซึ่งแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการปรับปรุงใหม่โดย รวีวรรณ นีวาตพันธุ์ และคณะ ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองจากแบบสัมภาษณ์ โดยมีคะแนนของแบบสัมภาษณ์อย่างน้อย 5 คะแนน ใน 9 คะแนน จะต้องได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า
5. จำนวนคนในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้ชายคาบ้าน หรือที่พักอาศัยเดียวกันกับผู้สูงอายุและมีอยู่จริงในปัจจุบัน มิใช่จากสำมะโนครัว และไม่นับตัวผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์

6. การดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุนับรวมถึงบุตรหลานและเครือญาติ ไม่ว่าจะอยู่ในบ้านหลังเดียวกับผู้สูงอายุหรือไม่ก็ตาม ได้มีการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งในด้านวัตถุ ร่างกาย และจิตใจ เช่น การให้เงิน ให้อาหาร หรือเสื้อผ้า ช่วยทำงานให้ ช่วยดูแลอาบน้ำแปรงฟัน หรือเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ให้ความเอื้ออาทร ให้ความเคารพนับถือ ยกย่องเชิดชูผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุเปรียบเสมือนเป็นที่ปรึกษาของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

7. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกับคนในวัยเดียวกันหรือต่างวัย มีวัตถุประสงค์ร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์กันในการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม เช่น การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

8. กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมทั่วไปที่บุคคลที่มีสุขภาพปกติสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แบ่งออกได้เป็น 2 จำนวน คือ

8.1 กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ และการสวมใส่เสื้อผ้า

8.2 กิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิต ได้แก่ การซักเสื้อผ้า การปรุงอาหาร ไปจ่ายตลาด ทานอาหารตามแพทย์สั่ง การใช้บริการรถประจำทาง ดูแลการเงินส่วนตัว และการดูแลรักษาความสะอาดบ้าน

9. อาชีพเดิม หมายถึง อาชีพหลักของผู้สูงอายุก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ

10. อาชีพปัจจุบัน หมายถึง อาชีพหลักของผู้สูงอายุหลังจากเข้าสู่วัยสูงอายุจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

ปัญหาด้านจริยธรรม

ในการท้าวัจฉครั้งนี้ ผู้วิจัยได้หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะก่อให้เกิดปัญหาด้านจริยธรรม โดยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุแต่ละรายด้วยความเหมาะสม เช่น ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ (supportive psychotherapy) นอกจากนี้ยังมีการพิจารณาให้ยาที่เหมาะสมกับ

ผู้สูงอายุบางราย ซึ่งขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของจิตแพทย์ผู้มีความชำนาญในเรื่องผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าที่พบจากการวิจัยในครั้งนี้ จะได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนของระบบการให้บริการทางสาธารณสุขต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. อัตราความชุกที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนงาน และพัฒนาระบบบริการสุขภาพในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้
2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่วิเคราะห์ได้ว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย