สุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ: มุมมองประชาสังคม

The Mental Health of Chronic aily ill Elderly : The Civil Societal Perspective

พิสุทธิ์ ศรีอินทร์จันทร์[1*], บุญมา สุนทราวิรัตน์[2]

Pisut Sriinchan[1*], Boonma Soontaraviratana[2]

Received: 25 May 2016 ; Accepted: 28 September 2016

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุและแนวทางการดำเนินงานในมุมมองประชาสังคม กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สรุปเสนอภาคประชาสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลระหว่างมีนาคม–มิถุนายน พ.ศ.2559 ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 70.1 อายุเฉลี่ย 71.41 ปี (S.D.=7.58) ดัชนีมวลกายผอมและปกติ (BMI<22.9 kg/m^2) ร้อยละ 44.5 ($\bar{x}$=23.29kg/m^2 ,S.D.=4.14) สุขภาวะทางกายวัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel ADL Index สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 94.8 (12-20 คะแนน) และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ร้อยละ 1.0 การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถามและ 9 คำถาม พบว่า ร้อยละ 28.12 มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและมีระดับสุขภาพจิตในระดับมาตรฐาน ร้อยละ 62.5 มีระดับสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 19.8 มุมมองประชาสังคม รับรู้สภาพปัญหาและต้องการให้มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุโดยท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักและประชาสังคมสนับสนุน โดยเฉพาะกลุ่มอยู่ลำพังและกลุ่มยากไร้ รัฐและประชาสังคมควรมีจัดระบบการดูแลที่สอดคล้องสอดรับกับบริบทของแต่ละพื้นที่ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ มุมมองประชาสังคม สุขภาพจิต

Abstract

This mixed methodology research aims to study the mental health situation of chronially ill elderly patients and develop guidelines in terms of a civil societal perspective. The sampling used multistage cluster sampling. Data was collected by interview and questionnaire for situation analysis. input data to civil society for civil societal perspective. The quantitative data were analyzed by descriptive statistic. The qualitative data were analyzed by content analysis. The data were collected from March to June 2016. The results revealed that the chronic disease in the elderly were mainly in 70.1 % of females. The average age 71.41 years (S.D. = 7.58) The BMI were thin and normal 44.5 %. ($\bar{x}$=23.29, S.D.= 4.14). The health status as measured by Barthel ADL Index found that the chronic disease elderly ageing can help themselves 94.8 % (12-20 points) and cannot help themselves 1.0%. The depression screening by 2 and 9 questions found that 28.12 % were risk groups. The mental health statuses were standard 62.5% and under standard 19.8%. The civil societal perspective recognize the problem and they need to setup the chronic disease elderly care system. The local government as the main agency and supported by civil society, Especialy the chronic disease elderly who live alone or are poor. The government and civil society should organize the care system.

Keyword: Chronic disease elderly ageing, civil societal perspective, mental health.

---

[1] *โรงพยาบาลภูกระดึง อำเภอกระดึง จังหวัดเลย โทร 084-9146528 Email: sriinchan@yahoo.com*

[2] *สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย โทร 042-821286 Email:isntisnt@gmail.com*

[1] *Phukradeung hospital. Phukradeung district Loei province. Tel 084-9146528 Email: sriinchan@yahoo.com*

[2] *Chiangkhan district health office. Chiangkhan district Loei province. Tel042-821286 Email: isntisnt@gmail.com*

** Corresponding author: E-mail: Pisut Sriinchan@yahoo.com*

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดประมาณประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสัดส่วนขึ้นอย่างรวดเร็ว ระหว่าง ค.ศ. 2015-2050 ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคนเป็น 2,000 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางที่ผ่านมากลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง เช่นญี่ปุ่น เยอรมัน จะเป็นกลุ่มประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง โดยประเทศญี่ปุ่นมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด และประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางก็จะพัฒนาไปสู่สังคมผู้สูงอายุคล้ายๆ กับประเทศญี่ปุ่น[1]

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใน พ.ศ.2548 กล่าวคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด[2] จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2548 และเพิ่มสัดส่วนผู้สูงอายุขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปีพ.ศ. 2553 ไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 4,658,940 คนคิดเป็นร้อยละ 12.89 ของประชากรทั้งหมดของประเทศและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.1 ใน พ.ศ. 2573 สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้มาจากปัจจัยเกื้อหนุน 2 ประการคือ 1) หลังจากเริ่มมีการวางแผนครอบครัวใน พ.ศ. 2513 อัตราเพิ่มประชากรประเทศไทยมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อสัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่นและวัยแรงงานที่ค่อยๆ ลดลง โดยครอบครัวส่วนใหญ่นิยมมีบุตร 2 คน ซึ่งมีผลมาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลโดยตรงต่อสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น 2) เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความก้าวหน้า ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่ดี ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น อายุยืนยาวมากขึ้น โดยชายไทยมีอายุเฉลี่ย 71 ปี ในขณะที่หญิงไทยมีอายุเฉลี่ย 75[2]

สุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน เช่นความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ จากการศึกษาพบว่า ประเทศไทยผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 80 โรคเรื้อรังที่พบบ่อย 6 อันดับได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคมะเร็ง[3] การจัดบริการสุขภาพและการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีความเฉพาะทางมากขึ้นและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มขึ้นอันเนื่องจากแบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้รัฐต้องจ่ายงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากโรคไร้เชื้อรัง[4,5] กอปรกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการจัดบริการในระดับครัวเรือนโดยทีมหมอครอบครัว จัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ดูแลใกล้ชิดดุจญาติมิตร อีกทั้งยังมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) โดยดำเนินงานเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดยร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำร่องในปีงบประมาณ 2559 อำเภอละ 1 ท้องถิ่นทั่วประเทศ[(6)] เชื่อมโยงกับการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว เพื่อดูแลและจัดบริการที่เหมาะสมด้วยเวชปฏิบัติครอบครัว แก้ไขปัญหาสุขภาพรายบุคคล/ครัวเรือน สร้างเครือข่ายการจัดบริการดูแลใกล้ชิด ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมอื่นๆ ในชุมชน มุ่งเน้นการจัดบริการแก่ผู้ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว[6]

การประเมินสุขภาพจิตมีเครื่องมือหลากหลาย โดยปกติเครื่องมือที่ใช้จะสอดคล้องกับกลุ่มที่ต้องการประเมิน หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประเมินสุขภาพจิตประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลภาครัฐ โดยใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิตในการประเมินขั้นต้นด้วยเครื่องมือ 2 คำถาม / 9 คำถาม (2Q/9Q) ซึ่งเมื่อทราบความผิดปกติก็จะจัดบริการพิเศษเพื่อเฝ้าระวังต่อเนื่อง อีกทั้งมีเครื่องมือที่กรมสุขภาพจิตใช้วัดประเมินสุขภาพจิตบุคคลทั่วไปคือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Mental Health Indicators: TMHI-66)[6,7] โดยใช้แบบสำรวจทั่วไป ซึ่งในการวิจัยนี้ได้นำเครื่องมือที่สถานบริการสาธารณสุขใช้ตามปกติมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ได้รวมเครื่องมือวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งโดยปกติใช้ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Barthel Activity of Daily Living Index: Barthel ADLI) มาประยุกต์ประกอบในเครื่องมือด้วย

อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย เป็นอำเภอขนาดเล็ก มีประชากรทั้งหมด 29,842 คน ชาย 14,861 คน และหญิง 14,981 คน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 4,726 คน ชาย 2,243 คน หญิง 2,483 คน คิดเป็นร้อยละ 15.83 ของประชากรทั้งหมด ในกลุ่มผู้สูงอายุพบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1,390 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1,110 คนและเบาหวาน 588 คน[8] จากบริบทพื้นที่กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมีความต้องการบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ ส่วนหนึ่งต้องได้รับการดูแลพิเศษ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง และบางคนควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต ปัญหาที่สำคัญอีกประการซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปัญหา

สุขภาพทางกายคือปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว ปัญหาทางสังคม ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ไม่พบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมในการจัดบริการที่เหมาะสมในระดับชุมชน ครัวเรือน ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ส่งผลเชื่อมโยงต่อปัญหาสุขภาพทางกาย ซึ่งในหลายกรณีส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในที่สุด จากปัญหาดังกล่าวสิ่งสำคัญอีกประการคือมุมมองภาคประชาสังคม (Civil Societal Perspective: CSP) ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน หากมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน จะส่งผลอย่างไร ต่อผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ นำมาซึ่งคำถามภาวะทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ อำเภอภูกระดึงเป็นอย่างไร แนวทางการดำเนินงานในมุมมองของภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร เมื่อได้รับคำตอบจากการวิจัยนี้ นักวิจัยคาดหมายในการวางยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และแผนการดำเนินงานในภาพรวม เพื่อการจัดการและการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุในอำเภอภูกระดึง ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ อำเภอภูกระดึง จังหวัดเลยในมุมมองประชาสังคม

วัสดุ อุปกรณ์และวิธีการศึกษา

ขอบเขตการศึกษาด้านเนื้อหา

วิเคราะห์สถานการณ์โดยการศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้เสนอต่อประชาสังคมเพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ในมุมมองประชาสังคมอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย

ขอบเขตด้านพื้นที่ประชากรและเวลา

การศึกษานี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุในอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ จำนวน 384 คน โดยเก็บข้อมูลภาคตัดขวางระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเมษายน พ.ศ.2559

ระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุดำเนินการสนทนากลุ่มแยกรายตำบลจำนวน 4 ตำบลประกอบด้วย ตำบลภูกระดึง ตำบลศรีฐาน ตำบลผานกเค้า และตำบลห้วยส้ม กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนผู้สูงอายุ ผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระ ครู/อาจารย์ ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข หรืออื่นๆ ที่ได้รับการเสนอโดยกลุ่มสมาชิก รวมกลุ่มละ 10-12 คน ดำเนินการสนทนากลุ่มในเดือนมิถุนายน 2559

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology Research) ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือวิจัยเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ จากนั้นนำเสนอข้อมูลต่อภาคประชาสังคม เพื่อนำสู่แนวทางการดำเนินงานและพัฒนาการจัดบริการแก่ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างมีนาคม-มิถุนายน 2559 รายละเอียดการดำเนินการประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ในอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย โดยการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน (Multistage cluster sampling) กอปรกับไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่ชัด เนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นทุกเดือนที่มีการคัดกรอง จึงเลือกใช้สูตร $n_{srs} = (Z^2_{\alpha/2}p(1-p)/d^2)$

Z = ค่ามาตรฐานปกติที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดในที่นี้กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 จะได้ค่า Z =1.96

D = ค่าความผิดพลาดที่ยอมให้เกิดขึ้นในการสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ 5 % มีค่า=0.05

P = โอกาสในการถูกเลือกหรือค่าสัดส่วนของโอกาสในการถูกเลือก = 0.5

n_{srs} = กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4กลุ่ม แยกตามสัดส่วนรายตำบลอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย[9]

การศึกษาแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุดำเนินการสนทนากลุ่มแยกรายตำบลจำนวน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลภูกระดึง ตำบลศรีฐาน ตำบลผานกเค้าและตำบลห้วยส้ม กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนผู้สูงอายุ ผู้นำด้านจิตวิญญาณ พระ ครู/อาจารย์ ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข หรืออื่นๆที่ได้รับการเสนอโดยกลุ่มสมาชิก กลุ่มละ 10-12 คน

เครื่องมือวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือวิจัย โดยการประยุกต์และพัฒนาเครื่องมือจากแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต[10] และดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI– 66)[11] ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 3 การประเมินสุขภาพจิตด้วน 2Q / 9Q

ส่วนที่ 4 การประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังต่อไปนี้

ข้อคำถามเชิงบวก กำหนดคะแนน ดังนี้

ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน

มาก = 3 คะแนน มากที่สุด = 4 คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ กำหนดคะแนน ดังนี้

ไม่เลย = 4 คะแนน เล็กน้อย = 3 คะแนน

มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 1 คะแนน

การแปลผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ มีข้อคำถามการประเมิน ทั้งสิ้น 55 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน เมื่อผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุตอบการสัมภาษณ์แล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติของกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่กำหนดในกลุ่มทั่วไปดังนี้ ($\bar{x}$+- 2S.D.) =

98-119 คะแนน มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

120-149 คะแนน มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

150-173 คะแนน มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good)

ทั้งนี้ เปรียบเทียบค่าปกติของกลุ่มจากการประเมินค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) + /– 2 SD.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) ตรวจสอบฐานข้อมูลบัญชี 1 ของระบบฐานข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป HOS-XP

(2) ยืนยันรายชื่อผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุตามทะเบียนบัญชี 1 โดยบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน

(3) แบ่งกลุ่มโดยใช้หมู่บ้านเป็นกลุ่มในการสุ่ม

(4) สุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อที่เรียงลำดับของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ในคลินิกผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคมะเร็ง

(5) ดำเนินการสัมภาษณ์โดยบุคลกรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน

(6) การศึกษาแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุดำเนินการสนทนากลุ่มแยกรายตำบลโดยมีคำถามแนวทางการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

(1) ผลการศึกสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุพบรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุจำนวน 384 คนพบผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าชาย โดยมี ร้อยละ 70.1 อายุเฉลี่ย 71.41 ปี (S.D.=7.584) ศาสนาพุทธร้อยละ 98.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.7 ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 16.1 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 36.5 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.4 มีรายได้ตั้งแต่ 600-30,000 บาทเฉลี่ย 2,200 บาท/เดือน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.4 โรคเบาหวานร้อยละ 41.4 โรคหัวใจร้อยละ 6.8 โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ 2.3 โรคมะเร็งร้อยละ 0.8 และโรคเรื้อรังอื่นๆ ร้อยละ 28.4 (Table 1)

Table 1 The chronic disease of elderly ageing in Phukradeung District Loei Province

The chronic disease	No	Percentage (n=384)
Hypertension	274	71.4
Diabetes mellitus	159	41.4
Hypertension with Diabetes mellitus	125	32.6
Heart Disease	26	6.8
Paralyses	9	2.3
Cancer	3	0.8
Other Chronic Disease	109	28.4
Total	384	100.0

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพและระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ภาวะสุขภาพโดยรวมพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.286 kg/m^2 (S.D.=4.14) โดยแยกเป็น ผอม (BMI<18.5 kg/m^2) ร้อยละ 13.3 ปกติ (BMI=18.5-22.9 kg/m^2) ร้อยละ 31.2ท้วม (BMI=23.0-24.9 kg/m^2) ร้อยละ 22.1 อ้วน (BMI=25.0-29.9 kg/m^2) ร้อยละ 28.4 และอ้วนมาก (BMI>=30.0 kg/m^2) ร้อยละ 4.9

สุขภาวะทางกาย ซึ่งวัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้ Barthel Activity of Daily Living Index[10] พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 94.8 สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพา (12-20 คะแนน) ร้อยละ 4.2 มีภาวะพึ่งพาปานกลาง (9-11คะแนน) ร้อยละ 1.0 ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ พิการหรือทุพลภาพ (1-8 คะแนน) (Table 2)

Table 2 The Barthel activity daily living index of chronic disease elderly ageing in Phukradeung District Loei Province

The Barthel activity daily living index	No	Percentage (n=384)
Self-reliant	364	94.8
Middle level dependent	16	4.2
Completely dependent (Disability)	4	1.0
Total	384	100.0

ส่วนที่ 3 การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม/9คำถาม (2Q/9Q) และประเมินระดับสุขภาพจิต

การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) กับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ พบว่า ร้อยละ 28.12 มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและเมื่อประเมินคัดกรองด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า ร้อยละ 91.5 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (< 7 คะแนน) ร้อยละ 7.0 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย (7-12 คะแนน) ร้อยละ 1.3 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และร้อยละ 0.3 มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับมาก (19-27 คะแนน)

การประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยประยุกต์ผสมผสานกับเครื่องมือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Mental Health Indicators: TMHI-66)[7]พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 134.15 คะแนน (S.D=14.556, Min=98, Max=173) และเมื่อนำมาแปลผลพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 19.8 (98-119 คะแนน) ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีสุขภาพจิตเท่ากับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 62.5 (120-149 คะแนน) และผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 17.7 (150-173 คะแนน) (Table 3)

Table 3 The mental health level of chronic disease elderly ageing in Phukradeung District Loei Province

The mental health level	No	Percentage (n=384)
Under standard group (98-119)	76	19.8
Standard group (120-149)	240	62.5
Over standard group (150-173)	68	17.7
Total	384	100.0

(2) ผลการศึกษาแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุในมุมมองประชาสังคมพบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมามีรูปแบบที่แตกต่างกันในแต่ละตำบลหรือแม้แต่ตำบลเดียวกันคนละหมู่บ้านก็ยังพบความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับผู้นำชุมชนและลักษณะชุมชนส่วนแนวทางการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรูปแบบที่คล้ายกัน กล่าวคือเมื่อผู้นำชุมชนหรือสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบผู้ป่วยเรื้อรังยากไร้จะประสานขอรับการสนับสนุนความช่วยเหลือในรูปแบบต่างเช่น ด้านการสนับสนุนการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือการดำรงชีพ การช่วยเหลือเรื่องที่อยู่อาศัย เป็นต้น

ความคาดหวังและสิ่งที่กำลังดำเนินการ

การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมีข้อเสนอให้เยี่ยมที่ศูนย์กลางในหมู่บ้านเช่นศาลาวัดหรือศาลากลางบ้าน เหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะผู้คนหรือเปลี่ยนสถานที่บุตรหลานผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยใส่รถเข็นหรือพาหนะใดๆมาจุดนัดหมายและจัดกิจกรรมต่างๆในจุดบริการเช่น ฟังธรรม ตรวจสุขภาพ ออกกำลังกาย นวดไทย และอื่นๆ

วิจารณ์และสรุปผล

(1) ผลการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุพบหญิงมีสัดส่วนมากกว่าชายขณะที่ค่าสัดส่วนชายกับหญิงในภาพรวมของอำเภอใกล้เคียงกัน ส่วนโรคเรื้อรังที่ป่วยมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ตามด้วยโรคเบาหวาน ส่วนโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคมะเร็งเพียงเล็กน้อย ดังนั้นมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังควรมีความจำเพาะเจาะจงในการดำเนินการมุ่งเน้นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นหลัก ส่วนโรคอื่นๆ ก็ให้ความสำคัญลดหลั่นลงไป

ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพและระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ภาวะสุขภาพโดยรวมพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.286 kg/m^2 (S.D =4.14) ซึ่งในภาพรวมอยู่ในระดับท้วม กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุมักมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ ซึ่งเชื่อมโยงกับการเกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรัง โดยปกติผู้สูงอายุในภาคอีสานมักบริโภคอาหารพื้นบ้าน ไขมันต่ำ น้ำตาลน้อย ไม่ชอบใส่กะทิในอาหารยกเว้นในอาหารประเภทของหวาน[12] แต่ในระยะหลังวิถีชีวิตสุขภาพของคนอีสานเปลี่ยนแปลงไปพอควร มีความสะดวกสบายมากขึ้น กิจกรรมในแต่ละวันลดลงโดยเฉพาะการเดิน กินขนมขบเคี้ยว ของหวานและขนมปังมากขึ้น กอปรกับมีร้านสะดวกซื้อสามารถซื้อหาได้ตลอดเวลา มื้ออาหารเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมอุดมบริโภคมากขึ้น ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายและโรคไร้เชื้อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในภาพรวม

สุขภาวะทางกาย วัดจากระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยใช้ Barthel Activity of Daily Living Index ซึ่งโดยปกติเครื่องมือนี้ใช้ประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานวิจัยนี้นำมาประยุกต์เพื่อประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระพึ่งพา มีเพียงสัดส่วนเล็กน้อยที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง ภาวะพึ่งพาสมบูรณ์ พิการหรือทุพลภาพ แต่ในจำนวนเล็กน้อยนี้ ควรมีการประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาในรายบุคคลและมีกระบวนการจัดบริการทางการแพทย์ที่บ้านอย่างเหมาะสมอีกประการ

ส่วนที่ 3 การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำภามและ 9 คำถาม และประเมินระดับสุขภาพจิต

การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถามและ 9 คำถาม (2Q&9Q) กับผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 28.12 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เจาะลึกเป็นรายบุคคลพบว่ามีความเชื่อมโยงกับหลายประการทั้งพยาธิสภาพของโรค และระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงสูง แตกต่างกับการศึกษาของประวิตร วณิชชานนท์ เรื่องสุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอระงู จังหวัดสตูล ซึ่งพบอัตราการมีปัญหาสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 0.23 และมีภาวะซึมเศร้าเพียง ร้อยละ 0.09[13] อย่างไรก็ตามเป็นกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันแต่ก็สามารถตั้งคำถามได้ว่า ทำไมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสามารถนำมาประกอบการวางยุทธศาสตร์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตชุมชนได้ และกำหนดกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนมากขึ้น

ผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ โดยประยุกต์ผสมผสานกับเครื่องมือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ซึ่งพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยระดับสุขภาพจิตเท่ากับ 134.15 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่กว้างมากนักซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในกลุ่มปกติมาตรฐานการมีสุขภาพจิตที่ดี หากเพียงแต่ยังมีผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุทั่วไป ร้อยละ 19.8 ซึ่งเป็นกลุ่มที่จะต้องนำมาใช้ในวางแผนในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพในระดับครัวเรือน และเวชปฏิบัติครอบครัวตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีนโยบายหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT)[6] ผสมผสานสหวิชาชีพในการจัดบริการสุขภาพจิตในชุมชน โดยอาจพิจารณาดำเนินการในกลุ่มคะแนนต่ำสุดซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งการแก้ไขปัญหารายบุคคลเป็นกุญแจสำคัญ เนื่องจากจะเป็นการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดและครอบคลุมรอบด้าน เนื่องจากปัญหาของแต่ละบุคคลและแต่ละครอบครัวแตกต่างกัน ถึงแม้จะคล้ายคลึงกันก็ตาม

(2) ผลการศึกษาแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุในมุมมองประชาสังคม

มุมมองประชาสังคม ในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

สูงอายุ เชื่อมโยงถึงปัญหาสุขภาพจิต สามารถนำมาขับเคลื่อนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ อย่างเหมาะสม ตรงประเด็นและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่นในพื้นที่ตำบลที่มีความพร้อม สามารถดำเนินการตั้งศูนย์บริบาลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการทั้งแบบอยู่ประจำและแบบเช้าไปเย็นกลับ มีบริการรถรับส่ง ฝึกอาชีพ ส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมในศูนย์ เช่นการฟังธรรมะ การละเล่น นวดไทย กายภาพบำบัด การออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ ซึ่งประสานการดำเนินงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุ

รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุที่ดีในระดับพื้นที่ควรมาจากภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่เป็นผู้คิดและร่วมดำเนินการ ซึ่งจะส่งผลต่อความยั่งยืนของกิจกรรม เนื่องจากตั้งอยู่บนบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกัน รูปแบบการดำเนินงานที่ดีต้องเชื่อมโยงทรัพยากรในระดับพื้นที่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วิถีชีวิต ซึ่งแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน ภาครัฐควรวางระบบสนับสนุนที่เหมาะสมในการดำเนินงาน เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง สำหรับพื้นที่ที่ยังไม่สามารถดำเนินการในรูปแบบศูนย์บริบาลได้ ยังสามารถดำเนินกิจกรรม ทั้งแบบรวมทั้งตำบลหรือแบบแยกหมู่บ้าน ทั้งการเยี่ยมผู้ป่วยที่ศูนย์ศาลากลางบ้าน ดำเนินกิจกรรมในศูนย์กลางที่กำหนด แม้แต่การดำเนินกิจกรรมรายบุคคล

รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ศาลากลางบ้านหรือศูนย์ผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้มีโอกาสพบปะ เปลี่ยนสถานที่ สร้างแรงจูงใจจนผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุบางราย “นับวันรอ” ว่าวันนัดหมายเยี่ยมจะมาถึงเมื่อไหร่ เพราะในหนึ่งเดือน จะได้มีโอกาสที่ลูกหลานต้องพามาพบปะผู้คนเพื่อนฝูง เปลี่ยนสถานที่จากบ้านที่ต้องนั่งๆนอนบนเตียง ออกไปสู่สังคม ชุมชน ได้มีโอกาสฟังธรรมะ รับบริการนวดแผนไทย กิจกรรมตรวจร่างกาย กิจกรรมดูหนังฟังหมอลำ และอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ “ตั้งตารอ”

ปัญหา/ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรค์

การสนทนากลุ่มเพื่อศึกษามุมมองภาคประชาสังคม มีข้อจำกัดด้านเวลาและสมาชิกที่เข้าร่วม อาจมีมุมมองที่ไม่ครบถ้วน อีกทั้งผู้มีส่วนได้เสียมีเวลาศึกษาข้อมูลนำเข้าจากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์จำกัด ผลของมุมมองอาจเป็นเพียงแนวทางกว้างๆที่ต้องนำมาปรับประยุกต์และวางแผนในการดำเนินงานร่วมกันโดยละเอียด ก่อนนำสู่การปฏิบัติและการประเมินผลกิจกรรมในแต่ละรูปแบบของแต่ละตำบลต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีความสำคัญ ส่งผลต่อความยั่งยืนของกิจกรรมต่างในระดับชุมชน มุมมองของภาคประชาสังคมจึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง โดยเฉพาะการจัดบริการของภาครัฐในชุมชน ข้อเสนอและมุมมองภาคประชาสังคมเมื่อนำมาประยุกต์เชื่อมโยงกับกิจกรรมการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยนี้มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดบริการอย่างแท้จริง ประหยัดทรัพยากรตรงประเด็น ลดภาระและค่าใช้จ่ายภาครัฐ อีกทั้งยังเกิดความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม บุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากการสัมภาษณ์ เป็นไปด้วยความยากลำบาก จากอุปสรรค์ต่างๆ ทั้งการสื่อสารและการรับรู้ของผู้สูงายุ รวมถึงความหลงลืมต่างๆ ข้อมูลบางรายการได้รับจากบุคคลข้างเคียงผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ นักวิจัยจึงขอบขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization: WHO. Ageing and Health. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/ at: 24/Mar /2016.

[2] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประชากรจำแนกตามอายุรายปี เพศและเขตการปกครอง ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2553. สืบค้นจาก: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/ search_center/23project-th.htm เมื่อ 10 ตุลาคม 2558

[3] ประภาส อุครานันท์ และคณะ. การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. มปส. 2557

[4] กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ตัวชีวัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี. 2556.

[5] วิพรรณ ประจวบเหมาะรูฟโฟโล. ผู้สูงอายุในประเทศไทย: แนวโน้ม คุณลักษณะ และปัญหา. เอกสารประกอบการอภิปราย เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพกับปีสากล ว่าด้วยผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2542. เอกสารอัดสำเนา.

[6] กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการมอบนโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. 2558. เอกสารอัดสำเนา.

[7] กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยThai Happiness Indicators (TMHI–66). สืบค้นจาก: http://www.dmh.go.th/test/qtnew/asheet.asp?qid=3 เมื่อ 20 ธันวาคม 2558.

[8] สรุปผลการดำเนินงานตรวจราชการ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2559. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. มปส. 2559.

[9] ฉวีวรรณ บุญสุยา. ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข หน่วยที่ 8. หน้า 26-58. นนทบุรี: สำนักพิมพ์หาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2543.

[10] Mahoney FI, Barthel D. “Functional evaluation: the Barthel Index.” Maryland State Medical Journal 1965; 14: 56-61.

[11] กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร. มปส. 2555.

[12] บุญมา สุนทราวิรัตน์. ชีวิตยืนยาวอย่างมีสุข: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่อายุเกิน 100 ปี อำเภอภูหลวงจังหวัดเลย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ฉบับพิเศษ. 2556.

[13] ประวิตร วณิชชานนท์. สุขภาพจิตประชากรอายุ 15-59 ปี อำเภอระงู จังหวัดสตูล. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550. สืบค้นจาก: http://kb.hsri.or.th/dspace/discover เมื่อ 1 เมษายน 2558