



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล

นวกภัทร คงดี* ศิริพันธุ์ สาสัตย์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ **วัตถุประสงค์:** 1) เพื่อศึกษาความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ภาวะเปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่พักระยะเฉียบพลัน มีสถานะทางการแพทย์คงที่และมีสัญญาณชีพปกติ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 93 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ แบบประเมินภาวะรู้คิด แบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์อีต้า และสถิติสหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน

ผลการศึกษา: พบว่า 1) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลมีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปานกลาง ($mean = 55.04, SD = 10.55$) 2) ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .259, p < .05$) 3) ภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .313, p < .05$) 4) ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.247, p < .05$) 5) จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.264, p < .05$) และ 6) เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล

สรุป: ควรจัดทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นรายบุคคลตามความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายด้านจิตใจ และจัดให้มีกิจกรรมนันทนาการเพิ่มจากการบริการขั้นพื้นฐานการดูแลระยะกลาง เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจคุณค่าที่สำคัญของชีวิตและรับรู้ถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คำสำคัญ: ความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ/ การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล/ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2568, 37(1) : 84-95

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Selected factors related to the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care in hospitals.

Nawapat Kongdee* and Siriphan Sasat**

Abstract

Descriptive correlational research in this study, Purpose: 1) To Study the need for rehabilitation of older persons with dependent entering Intermediate care in hospital. 2) To study relationships between gender, frailty, nutrition, depression, number of common functions and the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care in hospital.

Methods: The purposive sample consisted of 93 outpatients aged 60 years and older, both male and female, recruited from Lerdsin Hospital, Charoenkrung Pracharak Hospital, and King Chulalongkorn Memorial Hospital. The research instruments included a demographic questionnaire, the Barthel ADL Index, the Mini-Cog and the T-Frailty Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Eta coefficient and The Spearman Rank Correlation Coefficient (r_s).

Results: 1) The rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care were moderate (mean = 46.05, SD = 3.43). 2) Frailty was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($\eta = .259$, $p < .05$) 3) Nutrition was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($r_s = .313$, $p < .05$) 4) Depression was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($r_s = -.247$, $p < .05$) 5) Number of common functions was significantly correlation with the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care ($r_s = -.264$, $p < .05$) and 6) Gender was no correlation and the rehabilitation needs of older persons with dependency entering intermediate care.

Conclusion: Nursing care should provide individual rehabilitation activities according to the rehabilitation needs of dependent elderly patients entering medium-term care in the hospital, including physical and mental rehabilitation, and providing recreational activities in addition to basic medium-term care services, in order to focus on patients understanding the important values of life and recognizing the benefits of physical rehabilitation.

Keywords: The need for rehabilitation, Dependent older persons, Intermediate care

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(1) : 84-95

Article info: received November 7, 2024; revised June 11, 2025; accepted June 16, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok.

** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Thesis Advisor.

E-mail: Siriphun.s@chula.ac.th



บทนำ

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผลกระทบต่อความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจในระยะยาว สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการกำเริบด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยวิกฤติที่มีความรุนแรงมีความเสี่ยงสูงและคุกคามต่อชีวิต ดังนั้นภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมักเผชิญต่อสมรรถภาพทางกายลดลง และภาวะพึ่งพิงจากการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง¹ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 21 และกรุงเทพมหานครมีประชากรสูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมดที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิต² จากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ลดลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลขาดทักษะการดูแลเฉพาะทางที่ซับซ้อน ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต³

เพื่อลดภาวะการพึ่งพิงกระทรวงสาธารณสุขจึงตระหนักถึงความสำคัญในการขับเคลื่อนและสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพระยะกลางอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลระยะกลาง (intermediate care: IMC) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง⁴ โดยแบ่งการดูแลสุขภาพระยะกลางเป็น 2 ระดับ ระดับแรกคือ ที่โรงพยาบาล และระดับที่สองคือ ที่ชุมชน กลุ่มที่เหมาะสมสำหรับการดูแลระยะกลางในผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว รวมถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁵ โดยพยาบาลผู้ป่วยระยะกลางมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้อุปกรณ์ผู้ป่วยพ้นหายก่อนเข้าสู่การดูแลระยะยาว ให้การดูแลครอบคลุม 4 มิติ ทั้งมิติรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมุ่งเน้นมิติฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ไม่ใช่การช่วยผู้ป่วยเคลื่อนไหวทางกายภาพ แต่เป็นการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ⁶

จากทฤษฎีความต้องการของ Henderson (1966)⁷ กล่าวว่า การพยาบาลคือ การทำหน้าที่เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาล ที่จะต้องช่วยเหลือบุคคลไม่ว่าจะป่วยหรือสบายดี ในการดำเนินกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพหรือการฟื้นคืนชีพหรือจากไปอย่างสงบ และความต้องการทางการพยาบาลจึงมุ่งเน้นไปที่ความสำคัญของการเพิ่มความเป็นอิสระของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถพึ่งพาตนเองได้เร็วที่สุด แบ่งความต้องการการพยาบาลเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความต้องการด้านร่างกาย 2) ความต้องการด้านจิตใจ 3) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ และ 4) ความต้องการด้านสังคม ได้มีการนำทฤษฎีความต้องการของ Henderson (1966)⁷ ไปประเมินความต้องการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับการพยาบาลเพื่อศึกษาการตอบสนองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดภาวะพึ่งพิง (Care Dependency Scale for Rehabilitation) เปลี่ยนระดับการพึ่งพิงจากผู้พึ่งพิงไปสู่ความเป็นอิสระ⁸ ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้เลือกศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ได้จากทฤษฎีความต้องการการพยาบาลของ Henderson (1966) คือ ปัจจัยความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อ และศรัทธา ได้แก่ เพศ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ⁹ ปัจจัยความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่สุขภาพจิตดี¹⁰ ปัจจัยความต้องการ



ด้านร่างกาย เช่น ภาวะโภชนาการ ที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของสมรรถภาพทางกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ¹¹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบตัวแปรที่มีความเชื่อมโยงกับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ ภาวะเปราะบาง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹² จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีจำนวนชนิดของยาประจำรับประทานก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 5 ชนิดจำนวนขึ้นไปมีผลต่อความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งเพิ่มการเกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) อาจเกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุ การมองเห็นผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหกล้ม และชะลอการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹³ และภาวะรู้คิดบกพร่อง¹³ แม้ว่าภาวะรู้คิดบกพร่องมีผลต่อความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุก็ตาม แต่ข้อจำกัดทางการรู้คิดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตามความเป็นจริงจึงไม่นำมาศึกษา

เนื่องจากการศึกษาการดูแลระยะกลางของประเทศไทยได้มุ่งเน้นเลือกพัฒนาในส่วนที่ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์เห็นเป็นรูปธรรมมากที่สุดก่อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ป่วยภายหลังกระดูกสะโพกหัก จึงยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล ที่นอกเหนือจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จึงมีประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุม และทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องหลังจากพ้นภาวะวิกฤติขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำไปสู่กระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เริ่มตั้งแต่การดูแลในระยะวิกฤติ การดูแลระยะกลางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลระยะยาวในชุมชน และเพื่อเป็นประสบการณ์เชิงบวกของชีวิตผู้สูงอายุและครอบครัวผู้ดูแลเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ภาวะเปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
2. ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
3. ภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
4. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล
5. จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พื้นระยะเฉียบพลันและมีสภาวะทางการแพทย์คงที่ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่พื้นระยะเฉียบพลัน มีสภาวะทางการแพทย์คงที่และมีสัญญาณชีพปกติ แต่ก็ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จากทีมสหวิชาชีพ มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นผู้สูงอายุได้รับการรักษาอยู่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ผู้ป่วยในศัลยกรรม และผู้ป่วยในศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สามารถอ่านหนังสือ เขียนหนังสือได้และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. มีภาวะพึ่งพิงและเข้าสู่การดูแลระยะกลางจากการประเมิน Barthel Index มีระดับคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน
2. ไม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่ได้รับการบำบัดเจ็บทางสมอง, การบำบัดเจ็บไขสันหลัง และภาวะกระดูกสะโพกหัก
3. ไม่มีประวัติภาวะพร่องทางด้านการรู้คิด เช่น ภาวะสมองเสื่อม คัดกรองโดยใช้แบบประเมิน Mini-cog
4. สามารถอ่าน สื่อสารพูดภาษาไทยได้ โดยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะท่อหลอดลมคอ และไม่สามารถเปล่งคำพูดออกเสียงได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยอยู่ในภาวะต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน หรือบาดเจ็บสาหัส เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ถูกใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะติดเชือรุนแรง เป็นต้น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ G Star Power สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ กำหนดอำนาจทดสอบ (Power) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 และขนาดของอิทธิพล (effect size) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล จึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐานที่ยอมรับกันในระดับสากล สำหรับสถิติทดสอบการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 84 คน และผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 93 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 9 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัย ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรคโรคร่วม และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ สร้างและออกแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงมาจากแบบประเมิน Barthel ADL Index ของ Mahoney and Barthel จำนวน 10 ข้อคำถาม ผู้วิจัยใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีระดับคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน



ส่วนที่ 3 แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog พัฒนาขึ้นโดย Borson et al.¹⁴ และแปลเป็นภาษาไทยโดย พิษญา กุศลารักษ์และดาวชมพู นาคะวิโร¹⁴ มี 2 ข้อคำถามที่เป็นการทดสอบคือ การทวนซ้ำคำ 3 คำ และการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. โดยมีคะแนนค่าละ 1 คะแนน ส่วนการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่ถูกต้องและครบถ้วน มี 2 คะแนน และผู้วิจัยใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีควมบกพร่องทางการรู้คิดโดยต้องมีคะแนนรวมมากกว่า 3 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง¹⁴ แปล TGDS มาจากแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 ข้อคำถาม คะแนนรวม 30 คะแนน ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-12 หมายถึง ปกติ คะแนน 13-15 หมายถึง ความเศร้าเล็กน้อย คะแนน 16- 20 หมายถึง ความเศร้าปานกลาง และมากกว่า 20 คะแนน หมายถึง ความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini-Nutritional Assessment: MNA) ใช้ประเมินภาวะโภชนาการที่พัฒนาโดยศูนย์วิจัยของบริษัทเนสเล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์¹⁴ และแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เครื่องมือนี้มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น จำนวน 6 ข้อคำถาม และส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 12 ข้อคำถาม คะแนนรวม 30 คะแนน ผลการประเมินแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนน 24-30 หมายถึง โภชนาการปกติ คะแนน 17-23.5 หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร คะแนน <17 คะแนน หมายถึง ขาดสารอาหาร

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย (The Thai version of the Simple Frailty Questionnaire: T-FRAIL) เป็นแบบประเมินกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความเกี่ยวข้องกับสตรีวิทยาทางร่างกาย

ลดลง ที่ วรุฒม์ ศรีวงศ์และคณะ (2565) ที่แปลและดัดแปลงมาจาก the Simple Frailty Questionnaire (FRAIL) ของ Morley et al. (2012)¹⁴ มีจำนวน 5 ข้อคำถามสอดคล้องตามคุณลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ มีภาวะหมดแรง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินช้าลง และการทำกิจกรรมทางกายลดลง หากมีคุณลักษณะเหล่านี้ตั้งแต่ 3 คุณลักษณะขึ้นไป จะถูกบ่งชี้ว่ามีภาวะเปราะบาง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Care Dependency Scale for Rehabilitation: CDSR) พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีความต้องการของ Henderson (1966) จากนั้น Eichhorn et al. (2012)⁸ จึงได้พัฒนาแบบประเมินให้มีความกระชับและเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น เป็นแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตและดำเนินการแปลและแปลย้อนกลับโดยสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเป็นแบบสอบถามอย่างง่าย 16 ข้อ ประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ ประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ และประเมินโดยผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง ใช้เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 16-35 หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูง คะแนน 36-51 หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับปานกลาง คะแนน 52-67 คะแนน หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับน้อย คะแนน 68-80 หมายถึง มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ และแบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบสอบถามนี้ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากแบบสอบถาม



ดังกล่าวเป็นเครื่องมือมาตรฐาน นิยมใช้แพร่หลายทั่วโลก และผ่านการใช้ในประเทศไทยมาแล้ว สำหรับแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการอนุญาตจากเจ้าของหนึ่งในผู้พัฒนาเครื่องมือคือ Lohrmann Christa เพื่อขออนุญาตแปลแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเป็นฉบับภาษาไทย และแปลกลับมาเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยไม่ได้ดูเนื้อหาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog และแบบประเมินภาวะเปราะบางอย่างง่าย วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีการวัดซ้ำเท่ากับ 1.0, 0.82, 1.0 ตามลำดับ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ และแบบประเมินความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94, .73, .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รหัสเอกสารรับรอง COA No. 112/67) คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลิดสิน (รหัสเอกสารรับรอง LH671073) ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (รหัสเอกสารรับรอง U019hh/67) และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รหัสเอกสารรับรอง COA No.1059/2024)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์โครงการ ผู้ป่วยที่สนใจและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์จะติดต่อกลับมายังผู้วิจัยด้วยตนเอง หลังจากได้รับความยินยอมโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย พร้อมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Consent form) จากนั้น จะได้รับการคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะพึ่งพิงหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาพื้นฐานระยะวิกฤติโดยใช้ แบบประเมิน Barthel ADL Index และการประเมินภาวะรู้คิด ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประเมินด้วยตนเอง สำหรับผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการขอบคุณพร้อมของที่ระลึก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดำเนินการเป็นรายบุคคล โดยจัดสถานที่ที่เหมาะสมและเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด พร้อมอธิบายอย่างละเอียด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบในแบบสอบถาม โดยใช้เวลาราว 30-60 นาทีต่อคน เมื่อทำแบบสอบถามครบ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณและขอเป็นของที่ระลึก และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแผนกผู้ป่วยในจากทั้ง 3 โรงพยาบาล ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนตุลาคม 2567 รวมระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 2 เดือน ได้ข้อมูลครบทั้งสิ้น 93 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัย ที่มาของรายได้ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ ภาวะเปราะบาง และความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลใช้การวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อันดับ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ และความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล เนื่องจากทดสอบการกระจายข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ sig มีค่าน้อยกว่า α แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานกลาง นั่นคือมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.60 ช่วงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 73.47 ปี ($\bar{X} = 73.47$, $SD = 7.40$) มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 41.90 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ อยู่อาศัยกับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 43.0 มีรายได้จากลูกหลานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.30 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากระบบหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 31.10 โรคร่วมที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 รองลงมาคือ โรคเบาหวานจำนวน 47 คน คิดเป็น

ร้อยละ 50.80 และโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 46.50 โดยมีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำตั้งแต่ 0-10 ชนิด พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำระหว่าง 1-2 ชนิด จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำระหว่าง 3-4 ชนิด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 15.10 และไม่มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 11.80 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเปราะบางจำนวน 52 คน คิดเป็น 55.90 และไม่มีภาวะเปราะบางจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 44.10 มีภาวะโภชนาการดีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 38.70 และภาวะทุพโภชนาการจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 และโดยรวมผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 61.30 สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็นระดับเล็กน้อยจำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.3 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 และมีซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20

โดยรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 59.10 ระดับการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.20 และพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9.70 โดยภาพรวมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก ($\bar{X} = 7.39$, $SD = 1.86$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล (n = 93)

ระดับการพึ่งพิง	จำนวนคน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ต้องพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด	9	9.70	3.44	0.53
พึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก	55	59.10	7.04	1.07
พึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง	29	31.20	9.27	0.45
รวม	93	100.00	7.39	1.86



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ และภาวะเปราะบางกับความตึงเครียดพื้นฐานสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล (n = 93)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)	\bar{X}	SD	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
เพศ				.139	.184 ^a
จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ				-.264*	.011 ^b
ภาวะเปราะบาง		2.41	1.01	.259*	.012 ^a
- มีภาวะเปราะบาง	52 (55.90)	1.65	0.52		
- ไม่มีภาวะเปราะบาง	41 (44.10)	3.36	0.58		
ภาวะโภชนาการ		20.45	5.71	.313*	.002 ^b
- โภชนาการดี	36 (38.70)	26.39	1.01		
- ภาวะทุพโภชนาการ	62 (61.30)	16.69	3.98		
- เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร	28 (30.10)	20.23	1.71		
- ขาดสารอาหาร	29 (31.20)	13.27	2.04		
ภาวะซึมเศร้า		9.67	8.45	-.247*	.017 ^b
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	57 (61.30)	3.42	2.81		
- มีซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	4 (4.30)	14.50	1.00		
- มีซึมเศร้าระดับปานกลาง	16 (17.20)	17.62	1.41		
- มีซึมเศร้าระดับรุนแรง	16 (17.20)	22.75	1.06		
- ในระดับสูง	1 (1.08)	34.00	-		
- ในระดับปานกลาง	41 (44.09)	46.05	3.43		
- ในระดับน้อย	36 (38.71)	58.58	5.13		
- ในระดับน้อยมาก	15 (16.13)	72.53	3.07		

^aEta coefficient; ^bSpearman rank-order correlation *p < .05



ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 44.09 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.04 (SD = 10.55)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและภาวะเปราะบาง กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล โดยใช้สัมประสิทธิ์อีต้า (Eta coefficient) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล และภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\eta = .259, p = .012$) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .313$) ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.247$) และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.264$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} =$

55.04, SD = 10.55) โดยผู้ป่วยสูงอายุที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ จะเข้าสู่การดูแลระยะกลางเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการและพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถจำหน่ายกลับบ้าน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้⁶

ในการวิจัยนี้ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล แตกต่างจากการศึกษา Kay และคณะ⁹ ที่ว่าเพศหญิงจะมีความเชื่อการรับรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพและแรงจูงใจที่ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากปัจจุบันทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายต่างมีเครื่องมือที่สามารถค้นคว้าหาข้อมูลด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต เพื่อสามารถเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านการส่งเสริมและการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุวัฒน์ ด้านกลาง และคณะ (2562)¹⁵

สำหรับภาวะเปราะบาง ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำมีความสัมพันธ์กับความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าสู่การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความต้องการด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Gregory และคณะ¹² ที่ว่าภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุมีผลต่อความสามารถในการฟื้นตัวและความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภาวะโภชนาการมีส่วนช่วยส่งเสริมการเคลื่อนไหวและสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Urquiza และคณะ¹¹ ภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย จากการแยกจากบุคคลในครอบครัว สูญเสียบทบาทของตัวเอง ทำให้ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลงและจะส่งผลไปถึงกิจกรรมประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Owari และคณะ¹⁰ และจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำที่ใช้ปร่วมกันหลายจำนวน อาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา รวมทั้งเพิ่มการเกิดกลุ่ม



อาการผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Murdaca และคณะ¹¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สรุปการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีพยาบาลผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะกลาง จึงให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลครอบคลุม 4 มิติ เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดอาการเจ็บป่วยลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต ภาวะโภชนาการ ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรจัดทำกิจกรรมการฟื้นฟูเป็นรายบุคคลตามความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล

2. พยาบาลควรให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพื่อลดภาระการดูแลจากญาติ

3. ทุกหอผู้ป่วยควรมีการคัดกรองคัดกรองภาวะโภชนาการให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้ารับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลทุกรายเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ควรประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะเปราะบางด้วยแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และควรประเมินเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่พ้นภาวะวิกฤตจนกระทั่งกลับไปรักษาต่อที่บ้าน และควรเพิ่มการคัดกรองจากการบริการขั้นพื้นฐาน คือ การทบทวนรายการยา จำนวนชนิดของยาที่ใช้ประจำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับสหวิชาชีพก่อนเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อปรับให้เหมาะสมระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันอันตรกิริยาระหว่างยา และการเกิดกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ

References

1. Buasi A. Development of an integrated care system for dependent elderly at Jatupakniman Hospital, Roi Et Province (in Thai). *Journal of Health and Environmental Studies*, 2023; 8(2): 512-521.
2. Wilasri S, Amnatsatsue K, Kerdmongkol P, Boonyamalik P. Predicting factors of quality of life in dependent elderly under long-term care services in Bangkok (in Thai). *Journal of Public Health Nursing*, 2020; 30(2): 164-176.
3. Piriyaatsachai N, Sasat S. Predicting factors of caregiver readiness in caring for dependent elderly during hospital-to-home transition (in Thai). *Thai Journal of Nursing Council*, 2018; 19: 231-240.
4. Rattanachaiyothin W, Chanhom R, Siwina S. Development of an intermediate care model from hospital to community network in Roi Et Province (in Thai). *Journal of Health System Research*, 2022; 15(2): 119-132.



5. Somdet Phra Sangharaja Geriatric Medicine Institute. Guidelines for intermediate care rehabilitation for elderly patients (in Thai). Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020.
6. Health Administration Bureau. Guideline for intermediate care for healthcare providers as part of the healthcare service development plan (in Thai). Ministry of Public Health; 2019.
7. Henderson, V. The nature of nursing. In George, J. (Ed.). Nursing theories: the base for professional nursing practice. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1966.
8. Eichhorn, J., Dassen, T., Lohrmann, C. Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012; 26: 194-202.
9. Kay, E., Deutsch, A., Chen, D., Semik, P., Rowles, D. Effects of gender on inpatient rehabilitation outcomes in the elderly with incomplete paraplegia from nontraumatic spinal cord injury. The Journal of Spinal Cord Medicine, 2012; 33: 379-386.
10. Owari, G., Kono, K., Nishida, Y. Depressive symptoms and associated factors in older rehabilitation inpatients: a cross-sectional study. Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, 2021; 39: 387-396.
11. Urquiza, M., Fernandez, N., Arrinda, I., Sierra, I., Irazusta, J., & Rodriguez Larrad, A. Nutritional status is associated with function, physical performance and falls in older adults admitted to geriatric rehabilitation: a retrospective cohort study. Nutrients, 2020; 12(9): 28-55.
12. Gregory T. Robbins, Erika Yih, Raymond Chou, Alex I. Gundersen, Jeffrey C. Schnieder, Jonathan F. Bean, Ross D. Zafonte. Geriatric rehabilitation. Handbook of Clinical Neurology, 2019; 167: 531-543.
13. Murdaca, G., Banchemo, S., Casciaro, M., Paladin, F., Tafuro, M., Monacelli, F., and et al. Multiparametric evaluation of geriatric patients admitted to intermediate care: impact on geriatric rehabilitation. Diagnostics, 2023; 13.
14. Royal Thai Ministry of Health, Elderly Health Screening and Assessment Tool Development Committee. Handbook for Elderly Health Screening and Assessment 2021 (in Thai). Ministry of Public Health; 2021.
15. Danklang P., Supkranon R. and Kangjai W. Technology and information systems to enhance the independence and quality of life of the elderly in the coastal community (in Thai). Burapha university; 2019.