



ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น*

มยุรี ลีทองอิน ปร.ด. (การพยาบาล)**

สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ ปร.ด. (การพยาบาล)**

เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปร.ด. (การพยาบาล)**

ลัดดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ PhD (Nursing)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 318 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน เก็บรวบรวมข้อมูลภาพสุขภาพประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและความสามารถเชิงปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากที่สุด ปัจจุบันรับรู้สุขภาพตนเองระดับปานกลาง อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดก่อนมาคือ อาการปวด ปัญหาสำคัญอันดับแรกในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาคือ การมองเห็น อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ แต่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วยและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ : ภาพสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล

ความสำคัญและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบันเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้แนวโน้มของปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วย จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จากสถิติ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลสูงสุดคือ ร้อยละ 12.2 และพบสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น กล่าวคือ ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุมาใช้บริการโรงพยาบาล ร้อยละ 9.6, 15.2 และ ร้อยละ 17.5 ตามลำดับ¹ นอกจากนี้อัตราการครองเตียงและจำนวนวันนอนเฉลี่ยยังเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.92, 5.22 และ 6.77 วัน ตามลำดับ² จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในทุกปีประกอบกับปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นสถานบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการวางแผนและปรับรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องและตอบสนองกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีภาวะ

สุขภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด การเตรียมการเพื่อเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ของสังคมไทย สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งคือการเตรียมการด้านข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สะท้อนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทุกมิติ และชี้ชัดในความเหมือนและความต่างระหว่างผู้สูงอายุที่อยู่ในบริบทต่างๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดประเภทของปัญหาสุขภาพ อันจะนำไปสู่การจัดการทรัพยากรการดูแล ป้องกันและแก้ไขให้ทันรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศ³ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาด้านสุขภาพยังมีเฉพาะในชุมชนหรือชมรมผู้สูงอายุ ยังมีความขาดแคลนข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการต่างๆ อาทิ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ³ สถานสงเคราะห์คนชรา³ และชุมชน^{4,5} ทั้งที่ในอนาคตจำนวนผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพจะเพิ่มขึ้นและลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันเหล่านี้จะแตกต่างและซับซ้อนกว่าที่เคยศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถาบันบริการสุขภาพโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็น

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐบาลที่ให้บริการครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังพบว่าไม่มีการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลว่าเป็นอย่างไร

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่ให้ความหมายภาวะสุขภาพว่าเป็น ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล¹ เป็นความหมายที่ครอบคลุมทั้งด้าน กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณหรือปัญญา ดังนั้นการทำความเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องการการศึกษาในทุกมิติดังกล่าว แต่ด้วยคำว่า “Health profile” ยังไม่มีคำบัญญัติใช้ในเฉพาะภาษาไทยและการใช้ยังไม่แพร่หลาย พบครั้งแรกในการศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ(2552)³ ได้รับ “Profile” หมายถึง ประวัติโดยย่อรูปโครงสร้าง วาดรูปโครงสร้าง⁷ ซึ่งในการศึกษานี้ใช้ “Health profile” ในความหมาย “ภาพสุขภาพ”³ ที่เป็นการศึกษาภาพรวมของสุขภาพทั้งสุขภาพกาย ความสามารถเชิงปฏิบัติ สุขภาพจิตและสุขภาพทางสังคมเพื่อเป็นชุดข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ ดังนั้นการเข้าใจภาพสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นปัญหาสำคัญเฉพาะของผู้สูงอายุในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่นทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และความสามารถเชิงปฏิบัติ จะทำให้ได้องค์ความรู้จะนำสู่การดำเนินการวางแผนดูแล การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องและตรงจุดกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาที่ทำการสำรวจแบบภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เมษายน 2555 กลุ่ม

ตัวอย่างที่คัดเลือกเข้ามีคุณสมบัติดังนี้ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี สามารถอ่านภาษาไทยได้ และนอนรักษาในโรงพยาบาลภายใน 24-48 ชั่วโมง และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ขนาดตัวอย่างได้สูตรของ W.G. Cochran กรณีทราบจำนวนประชากร (ประชากร 14,036 คน) ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 315 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 346 คน นอกจากนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน โดยคำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแต่ละแผนกและจำแนกตามหอผู้ป่วย จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยนำรายชื่ออาสาสมัครที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดเรียงตามเลขเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่องกัน แล้วสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบบจับฉลากไม่ใส่คืน จนครบ 346 คน

เนื่องจากอาสาสมัครไม่สะดวกในการให้ข้อมูล มีอาการหนัก 1 ราย ส่งตัวเพื่อรักษาต่อ 5 ราย และแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 22 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนทั้งสิ้น 318 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) สุขภาพกาย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพ 3) สุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)⁸ จำนวน 30 ข้อ โดยคำตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” คะแนนระหว่าง 0-30 คะแนน ถ้าคะแนนมากกว่า 13 คะแนน หมายถึงเริ่มมีความเศร้าเล็กน้อยจนถึงมีความเศร้ารุนแรง และ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ แต่ละข้อให้ค่าคะแนนระหว่าง 1-5 โดยคะแนนเต็ม 30 คะแนน แปลผลตามระดับจุดตัดของแบบทดสอบโดยคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ทดสอบ หากมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนดบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม⁹ 4) สุขภาพสังคม ได้แก่ ด้านครอบครัว สัมพันธภาพ แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Checklist) 5) ความสามารถเชิงปฏิบัติด้านกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบประเมิน



บาร์เซล เอ ดี แอล เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง จำนวน 10 ข้อ โดยคะแนนให้ตามระดับความสามารถในแต่ละกิจกรรม คะแนนเต็ม 20 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่า 12 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงสูง และแบบประเมินจุฬา เอ ดี แอล เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ในระยะ 1-2 สัปดาห์ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบในแต่ละกิจกรรมว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่¹⁰

ทั้งนี้แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป สุขภาพกาย และสุขภาพสังคม พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 3 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินบาร์เซล เอ ดี แอล และแบบประเมินจุฬา เอ ดี แอล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.72, 0.88 และ 0.88 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยหาความเที่ยงด้วย KR-20 เท่ากับ 0.90 โดยหาความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง: การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE552087

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยประสานงานจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ในการใช้เครื่องมือวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล การบรรณาธิกรข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยผู้วิจัย ได้แก่ อาจารย์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามลักษณะที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแจ้งวัตถุประสงค์การศึกษา เช่นไปยินยอม จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยให้อาสาสมัครตอบเองและบันทึกจากแฟ้มประวัติ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ย 60 นาที และให้ของตอบแทนกลุ่มตัวอย่างมูลค่า 50 บาทเมื่อเข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยายด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า เพศชายและหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 56.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.9 มีความสามารถในการอ่าน-เขียนได้ร้อยละ 81.4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 65.1 นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคปัจจุบันที่พบเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ ร้อยละ 6.9 และ 6.9 ขณะที่โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.0

สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้สุขภาพตนเองก่อนเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.0 เมื่อเทียบกับบุคคลที่มีอายุเท่ากัน พบว่ารับรู้สุขภาพตนเองดีกว่า ร้อยละ 46.9 และปัจจุบันรับรู้สุขภาพตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 61.6

2. โรคและการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 25.1 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เคยการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 61.3 และ ยาที่แพทย์สั่งการรักษาที่ใช้เป็นประจำก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ คือแอสไพรินและซิมวาสแตติน ร้อยละ 13.2 และ 13.2 ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ไม่มีการใช้ยาอื่นนอกจากยาที่แพทย์ใช้รักษา ร้อยละ 82.4

ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษา มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 74.8 โดยอาการผิดปกติ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวด ร้อยละ 52.2 โดยเฉพาะปวดท้องพบมากที่สุด ร้อยละ 12.6 รองลงมาคืออาการเมื่อยล้า อ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร ร้อยละ 24.5 และ 18.9 ตามลำดับ ทั้งนี้ภายใน 6 เดือน โรค 3 อันดับแรกที่พบได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคข้อเสื่อม ร้อยละ 39.6, 28.9 และ 22.3ตามลำดับ



ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 41.9 การเดินของชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ร้อยละ 88.4 กลุ่มยาที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลมากที่สุดคือ เซฟาโลสปอริน ร้อยละ 43.6 สำหรับสุขภาพช่องปากพบว่า ร้อยละ 17.9 ใช้ฟันปลอม ฟันปลอมเป็นประเภทถอดได้ร้อยละ 17 ส่วนฟันที่ไม่สบคู่มีมากถึงร้อยละ 19.8

3. ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น การรับประทานอาหาร สูญเสียความจำ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และ การนอนหลับ ร้อยละ 50.9, 40.6, 35.5, 32.7 และ 31.0 ตามลำดับ

4. พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติสม่ำเสมอ คือ การตรวจร่างกาย ร้อยละ 78.3 ออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 35.8 ขณะที่พฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติเลยได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ร้อยละ 85.8 และ 80.8 ตามลำดับ

5. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.5 ขณะที่สมรรถภาพสมองมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมถึงร้อยละ 59.1

6. สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้ดูแลหลักช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยร้อยละ 98.7 โดยผู้ดูแลหลักต้องทำงานอื่นนอกจากการดูแล ร้อยละ 82.2 ด้วยการ ทำงานนอกบ้านร้อยละ 43.1 ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 20 ปี ถึงตลอดชีวิต ร้อยละ 59.0 ซึ่งญาติ/ผู้ดูแลได้ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุถึงร้อยละ 80.0

สัมพันธภาพกับบุคลากรรอบข้างพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีโดยเฉพาะบุตร ร้อยละ 94.4 รองลงมาคือญาติผู้ให้บริการคนอื่น ร้อยละ 80.2 เช่นเดียวกับสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.4 ขณะที่ด้านการสนับสนุนด้านจิตสังคมยังพบว่า ความช่วยเหลือที่ได้รับคือคอยดูแล ร้อยละ 96.3 มีบุคคลมาเยี่ยมทุกวันถึงร้อยละ 93.4 แต่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 93.7 ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลของครอบครัวและข่าวสารอื่น ร้อยละ 77.9 และ 60.3

ด้านการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่า ครอบครัวสามารถจัดการ

กับค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 98.1 แหล่งสนับสนุนด้านการเงินอันดับหนึ่งคือ บุตร ร้อยละ 74.1 ผู้สูงอายุได้พักผ่านหรือพุดคุยกับครอบครัวในสถานที่ที่โรงพยาบาลจัดให้ร้อยละ 80.7 ญาติได้รับความสะดวกเกี่ยวกับที่พักและการบริการที่ดีร้อยละ 72.1 ทั้งนี้ผู้ที่ให้คำแนะนำมากที่สุดคือ พยาบาล ร้อยละ 99.6

7. ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้อย่างอิสระ ร้อยละ 89.6 โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในการเคลื่อนที่นอกบ้านได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 53.8 และสามารถทอนเงินหรือแลกเงินได้เอง ร้อยละ 60.3

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป

จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 มีความสามารถทั้งอ่านและเขียนได้ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมก่อนอายุ 60 ปีแต่ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน แต่ 1 ใน 3 ยังคงทำงานเพื่อหารายได้ เข้าร่วมกิจกรรมเข้าวัดวันพระ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11,12,13} อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีการกระจายตัวอยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุตอนต้นที่มีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมด สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553¹⁴ และมีแนวโน้มว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า สัดส่วนของผู้ป่วยสูงอายุวัยตอนกลางและวัยตอนปลาย มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเพศชาย^{15,11} ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงวัยตอนต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่ต้องใช้ทักษะการดู ฟังมากกว่าการอ่าน ทำให้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำทุกวันจากโทรทัศน์มากกว่าวิทยุและหนังสือพิมพ์ อีกทั้งผู้สูงอายุประกอบอาชีพเกษตรกรรมก่อนอายุ 60 ปี¹⁴ อาจทำให้หลังอายุ 60 ปี จึงยังคงทำสวน หักถกรรรมและเลี้ยงสัตว์เป็นงานอดิเรก และเข้าร่วมกิจกรรมด้วยการเข้าวัดวันพระเพื่อปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่ผ่านมา



มา¹² อาจมาจากบริบทวัฒนธรรมของคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ยังคงผูกพันกับแนวทางการดำเนินชีวิตด้วยหลักทางพุทธศาสนา ทำให้ผู้สูงวัยร่วมกิจกรรมทางศาสนาทุกวันพระมากกว่ากิจกรรมกลุ่มอื่นๆ

จากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งเป็นงานที่ต้องออกแรงอย่างหนัก อาจทำให้แนวโน้มของการเจ็บป่วยระบบกล้ามเนื้อมากกว่าอาชีพอื่นๆ รวมกับระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมถอย จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยโรคกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและได้รับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อและปรสิตเป็นส่วนใหญ่

2. สุขภาพกาย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเอง ช่วง 2 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษาอยู่ระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาปี พ.ศ. 2551 ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยรับรู้สุขภาพตนเองส่วนใหญ่ในระดับดีร้อยละ 43¹⁶ ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. 2554 การรับรู้สุขภาพตนเองระดับดีจะลดลงเหลือร้อยละ 38¹⁷ ส่วนการรับรู้สุขภาพตนเองเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากันอยู่ระดับดีกว่า แต่การรับรู้สุขภาพปัจจุบันขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกับการศึกษาของ ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2555)¹⁸ เมื่อพิจารณาจำแนกตามช่วงอายุพบว่า กลุ่มวัยสูงอายุตอนต้นเข้ารับการรักษาเพียง 1 ครั้ง ในรอบ 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557)¹⁹ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งยังคงมีกำลังสำรองที่ไม่ลดลงมากนักอีกทั้งยังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระ จึงอาจทำให้มีการเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ

2.2 โรคและการเจ็บป่วย

ด้วยการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราภาพส่งผลให้กำลังสำรองในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง แนวโน้มต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น²⁰ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ สอดคล้องกับการสำรวจผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2546-2552 พบว่า

ร้อยละ 54.9 ของผู้สูงอายุไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามช่วงอายุ 60-69 ปี มักพบมีโรคร่วมเป็นโรคเรื้อรัง 2 โรคได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 26 เช่นเดียวกับรายงานการสำรวจในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2 โรค ประมาณร้อยละ 27.6²¹ นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคร่วมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน¹³ โดยที่โรคเรื้อรังที่พบบ่อยอันดับแรกคือ ปวดข้อ รองลงมาคือความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน¹¹

อาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่พบภายใน 2 สัปดาห์ก่อนเข้ารับรักษา ได้แก่ อาการปวด เมื่อยล้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ท้องอืด นอนไม่หลับ และไข้ ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากงานศึกษาที่ผ่านมาซึ่งโรคที่พบบ่อยเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันดับแรกคือระบบทางเดินหายใจด้วยโรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง^{11,22} และ ปอดบวม รองลงมาคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด²²

2.3 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความเสื่อมถอยของเลนส์ตา ทำให้มองเห็นแต่ไม่ชัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงการพบโรคต่อกระดูกและความผิดปกติของเลนส์อื่นๆ มากเป็นอันดับ 3 จากโรคทั้งหมด สอดรับกับงานศึกษาที่ผ่านมา^{14,16,17} สะท้อนถึงแนวโน้มของโรคต่อกระดูกจะพบเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ ส่งผลให้ความสามารถในการมองเห็นไม่ชัดเจน ซึ่งปัญหานี้มีผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและสุขภาพ รวมทั้งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการหกล้ม¹²

ปัญหาการรับประทานอาหารพบมากเป็นอันดับสอง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคระบบทางเดินน้ำดีร่วมกับมีพฤติกรรมรับประทานอาหารทั้งเนื้อสัตว์ แป้ง ไขมัน และผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ฟันบนและฟันล่างมีฟันผุและฟันบิ่น จำนวนฟันที่สบคู่ส่วนใหญ่มีเพียง 11-15 ซี่ รวมทั้งต่อมน้ำลายในปากผลิตน้ำลายลดลง ซึ่งจะทำให้การเคี้ยว การกลืน การย่อย การดูดซึมลดลง



แบบแผนการนอนหลับที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณและคุณภาพ²³ เป็นผลให้หลับยากและตื่นง่าย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของความจุกระเพาะปัสสาวะที่ลดลง การทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดในการควบคุมปัสสาวะไม่แข็งแรง ทำให้พบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ตามมา ถึงแม้ว่าการศึกษาค้นคว้าพบปัญหาการนอนหลับและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ น้อยกว่าการศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ (2555)¹⁸ แต่ไม่ได้หมายความว่าปัญหาการนอนหลับและการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จะลดลง นอกจากนี้ปัญหาการนอนหลับที่ลดลงอาจมาจากการจัดสิ่งแวดล้อมและการดูแลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาที่ศึกษา

2.4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่และมีกิจกรรมตรวจร่างกายสม่ำเสมอ นั้นสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา^{13,19} ขณะที่ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีพฤติกรรมตรวจร่างกายตนเองสม่ำเสมอถึงร้อยละ 78 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าการศึกษาในปี พ.ศ. 2554¹⁷ อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวมกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำทุกวันและความสามารถทั้งอ่านและเขียนได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพในเรื่องการตรวจร่างกายมากขึ้น นอกจากนี้พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 35.8 นั้นน้อยกว่าผลการศึกษาของเอกชัย เพียรศรีวัชรา และ คณะ(2556)¹³ ทั้งนี้ น่าจะมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกายในวัยสูงอายุประกอบกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อาจเป็นข้อจำกัดทำให้ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ²⁴

3. สุขภาพจิต

3.1 ภาวะซึมเศร้า จากความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของร่างกายและบทบาทหน้าที่ทางสังคม ประกอบกับความเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าได้ แต่ยังคงพบเพียงเล็กน้อย เช่นเดียวกับ Volkert และ คณะ (2013)²⁵ และผลการสำรวจสถานการณ์โรคหรือปัญหา

สุขภาพต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2556¹³ อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับคู่สมรส มีบุตรให้การดูแลเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มต่างๆ รับรู้สุขภาพของตนเองในระดับดี อีกทั้งความแตกต่างของแบบประเมินที่ทำการสอบถาม 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลซึ่งเป็นช่วงที่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับอาการเจ็บป่วยมากกว่าเรื่องอื่น ถึงอย่างไรผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากงานศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 42.24¹⁸ โดยเฉพาะผู้สูงอายุทั่วไปพบได้มากถึงร้อยละ 72.3²⁶

3.2 สภาพสมอง การเปลี่ยนแปลงของความสามารถการทำหน้าที่ของสมองเป็นสมรรถภาพหนึ่งซึ่งขึ้นถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพาตนเองหรือผู้อื่น เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษารูปภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง¹⁸ พบว่า ปัญหายุติเยื่อความจำลดลง แต่ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไต้หวัน²⁷ อาจเนื่องมาจากการพร่องความรู้ความเข้าใจในการคัดกรอง และพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน/ชะลอภาวะสมองเสื่อม จึงทำให้อัตราความเสี่ยงมีเพิ่มมากขึ้น

4. สุขภาพสังคม

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการอื่นและญาติของผู้ใช้บริการอื่นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะบุตรอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุยังอาศัยอยู่กับครอบครัว คู่สมรสมีภาวะสุขภาพดี เมื่อเจ็บป่วยมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลักให้การช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่า 20 ปี ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน บุตรเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้วางใจ และต้องการให้ดูแล รวมทั้งสามารถพูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ บุตรจะมาเยี่ยมเยียนทุกวัน และแจ้งข้อมูลข่าวสารต่างๆ ของครอบครัว อีกทั้งเป็นผู้ที่สนับสนุนด้านเศรษฐกิจ จัดการเรื่องค่าใช้จ่าย และคำปรึกษาพยาบาล ทำให้ไม่มีความกังวลเรื่องเงิน ถึงแม้ผู้ดูแลหลักเองยังต้องทำงานนอกบ้านหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวไปพร้อมกัน นอกจากนี้โรงพยาบาลได้จัดสนับสนุนสิ่งแวดล้อมด้วยการจัดสถานที่เอื้อให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนหรือพูดคุยกับครอบครัว โดยมีพยาบาลให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวกเกี่ยวกับที่พักขณะที่นอน



พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความหวัง กำลังใจ ไม่ท้อแท้ และอยากมีชีวิตเพื่อลูกหลาน ซึ่งการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องการจากครอบครัว คือ การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การให้คำแนะนำหรือเป็นที่ปรึกษาด้านคำปรึกษา รวมถึงการอำนวยความสะดวก²⁴ สอดคล้องกับ รัชนี้ สรรเสริญและคณะ²⁸ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต้องการให้บุตรหลานเป็นผู้ดูแลทั้งด้านการเงิน การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และด้วยวัฒนธรรมไทย ความผูกพันและความกตัญญู ผู้ที่มีบุตรหลายคนมีบุตรที่ดูแลเป็นหลักและผลัดมาเยี่ยม¹⁷ และสนับสนุนการเงิน¹² นอกจากนี้โรงพยาบาลยังเป็นบุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้มากที่สุด²⁴ ผ่านการบริการและการดูแล ซึ่งเป็นอีกแรงหนึ่งที่สนับสนุนให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลอยู่ในระดับดี

5. ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ

5.1 กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดย 4 ใน 5 ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองอย่างอิสระ ขณะที่มากกว่า 1 ใน 5 ยังมีความต้องการความช่วยเหลือ ในกิจกรรมขึ้น-ลงบันไดโดยต้องมีคนช่วย เมื่อเทียบกับผลการศึกษารายสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านมาพบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก 11.49 เป็น 16.37¹⁸ แต่กิจกรรมการขึ้น-ลงบันไดยังเป็นกิจกรรมที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ^{18,29}

5.2 กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

การทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่า อัตราการปฏิบัติกิจกรรมการเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทอนเงินหรือแลกเงิน ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับผลการศึกษารายสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจากร้อยละ 44.2 และ 31.8¹⁸ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.8 และ 60.3 ตามลำดับ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุยังคงต้องการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรได้ตามปกติ ถึงแม้จะมีข้อจำกัดจากโรคและความเสื่อมของร่างกายทำให้เป็นอุปสรรคบ้างก็ตาม เช่นเดียวกับงานศึกษาในผู้สูงอายุไทยที่ระบุว่า ผู้สูงอายุไทยสามารถทอนเงินได้เองเกือบร้อยละ 90^{16,17}

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อาทิ การดูแลปัญหาสำคัญได้แก่ การมองเห็น ภาวะโภชนาการ การนอนหลับ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ที่เป็นหน่วยงานสนับสนุน

Reference

1. Vichawut C, Chaoniyom N, Wongchai Y, Intarasombat P, Thamanawat N, editors. Review and knowledge synthesis of Thai elderly 2002-2007. Bangkok: QP; 2010.
2. Chunharas S, editor. Situation of the Thai elderly 2009. Bangkok: TQP, 2010.
3. Aroonsang P, Sritanyaratana W, Lertrat P, Subindee S, Surit P, Theeranut A, Silarat M, Trisirirat S, Saengsuwan J, Srisanpang P, Health profile of older persons in health care institution and community-based care setting. Khon Kaen: Klangnanatham printing ; 2009
4. Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K. Self-assessed health among Thai elderly. BMC Geriatrics 2010; 10(1):1-9.
5. Apidechkul T, Health Status and Bio-indicators Among Elderly People in Rural Areas, Thailand. J Med Assoc Thai 2012; 95(8):1066-1074.
6. National Health Commission Office. The National Health Act 2007.[Internet].2016[Cited 2016 February 21] Available from <http://www.nationalhealth.or.th/node/429>.
7. Thai-English dictionary online.[Internet]. 2009[Cited 2009 January 7] Available from <http://www.palunjit.com>.



8. Train the Brain forum committee. Thai Geriatric Depression Scale-TGDS. Siriraj Hospital Gazette 1994; 46(1): 1-9.
9. The mental state examination – Thai version 2002 development committee. The Mini-Mental State Examination-Thai version 2002. Bangkok: Institute of Geriatric Medicine. Department of medical services. Ministry of Public Health; 2002.
10. Jitapunkul S, Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Division of Gerontology and Geriatric medicine, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2001.
11. Assantachai P, Maranetra N. Factor determining hospital administration of Thai elderly by a mailed survey. J Med Assoc Thai 2005; 88(8): 1051-1056.
12. Pothisiri, W, Mithranon, P, Mathuam, C, Aroonthippalitoon, S, & Asavanirandorn, C. Annual report situation of the Thai elderly 2012. Nonthaburi: SS Plus Media Company; 2013.
13. Piensriwatchara E, Banpoun V, Dounghipsirikul S, Sirisamutr T, Ingsrisawang L, Thai elderly health survey 2013. Bangkok: Wacharin PP print; 2013.
14. Chunharas S, Situation of the *Thai elderly* 2010. Bangkok: TQP; 2012.
15. Prachuabmoh V, Report on the 2012 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: SS plus Media; 2013.
16. Knodel J, Chayovan N, Population ageing and the wellbeing of older persons in Thailand: past trends, current situation and future challenges. Bangkok: UNFPA Thailand and Asia and the Pacific regional office; 2008.
17. Knodel J, Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Saengtienchai C, The Future of Family Support for Thai Elderly: Views of the Population. Journal of Population and Social Studies 2013; 21(2): 110-132.
18. Aroonsang P, Sritanyaratana W, Lertrat P, Subindee S, Surit P, Theeranut A, Silarat M, Trisirirat S, Saengsuwan J, Srisanpang P, Health profile of older persons in health care institute and community. Journal of Nursing Science & Health 2012; 35(2):15-24.
19. National Statistical Office. The 2013 survey of health and welfare. [Internet]. 2013[Cited 2013 June 5] Available from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthRep56.pdf>.
20. Eliopoulos C, Gerontological Nursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
21. Ward BW, Schiller JS, Goodman RA, Multiple chronic conditions among US adults: A 2012 Update. Prev Chronic Dis 2014; 11:130389. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130389>.
22. Limpawattana P, Sutra S, Thavornpitak Y, Wirasorn K, Chindaprasirt J, Mairieng P, Health situation analysis of hospitalized Thai older persons in the year 2010. J Med Assoc Thai 2012; 95(Suppl7): S81-s86
23. Bruce AS, Aloia MS, Sleep and cognition in older adults. Sleep Medicine Clinics 2006; 1: 207-220.
24. Thongtang P, Seesawang J, Lived experience among hypertensive older people. Nursing Journal 2014; 41: 1-10.
25. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. Aging Research Reviews 2013; 12 : 339-353.
26. Nantsupawat W, Siriwatanamethanon J, Hornboonherm P, Mental health of the elderly. Journal of Nurses Association of Thailand North-Eastern Division 2009; 27(1): 27-32.
27. Huang H-T, Chang C-M, Liu L-F, Lin H-S., Chen C-H. Trajectories and predictors of functional decline of hospitalized older patients. Journal of Clinical Nursing 2013; 22: 1322-1331.
28. Sunsern R, Rattanagreethakul S, Lawang W, Tassanatanachai A, Viriya C, Sorujthamkul T, Patarakorn P, Evidence, Problems, and Health Care Needs for Hypertension Patients at Baan-bung District, Chon-Buri Province. Journal of nursing and Education 2011; 4 (1) (suppl):1-16.
29. Wu Hy, Sahadevan S, Ding YY, Factors associated with functional decline of hospitalized older persons following discharge from an acute geriatric unit. Ann Acad Med Singapore 2006; 35: 17-23.



Health Profile of Older Persons' Health Care in Khon Kaen Hospital*

Mayuree Leethong-in PhD (Nursing)**
Sirimart Piyawattanapong PhD (Nursing)**

Penchun Lertrat PhD (Nursing)**
Ladawan Panpanit PhD (Nursing)**

Abstract

The objective of the study is to examine health profiles of older persons' health care in Khon Kaen Hospital. There are 318 participants derived from proportional stratified random sampling. Demographic data, physical health, mental health, social health, and functional ability were evaluated. The data were analyzed by using descriptive statistics. The results of the study revealed that the majority was young old (aged 60-69 years old), diagnosed with diseases related to musculoskeletal system and connective tissue, and perceived their health status as moderate. In addition, pain is the most commonly abnormal symptom found before coming to hospital and the most common problem in the past six months was visual impairment. However, older people reported no alcohol drinking and no smoking as their most popular health behaviors. Moreover, their depression level was normal but likely to be at risk of dementia. Most could participate in their basic daily living independently and reported their children as primary caregivers.

Keywords : Health profile, older patients, Hospital

*Research funding by Faculty of Nursing, KhonKaen University

**Assistant Professor, Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, KhonKaen Universit