

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์*

Health profile of hospitalized older persons in srinagarind hospital

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2560

Volume 40 No.2 (April-June) 2017

พงษ์พรรณ อรุณแสง วท.ม.** สิริมาศ ปิยะวัฒนพงษ์ ปส.ด.***

ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ Ph.D.**** ประสพสุข ศรีแสนปาง ปส.ด.**

มยุรี สักทองอิน ปส.ด.*** นิตดา คำนิยม พย.ม.**** สุทธินันท์ สุปินดี พย.ม.****

เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปส.ด.*** ศรีเกียรติ ตรีศรีรัตน์ วท.ม.** วรณภา ศรีรัตนรัตน์ Ph.D.** ธัชวรรณ ศรีตระกูล ปส.ด.***

จินตนา บุญจันทร์ ค.ม.***** พวงรัตน์ เขาวะเจริญ พย.ม.*****ศิริพร มงคลถาวรชัย พย.ม.*****

Pongpan Aroonsang MS.** Sirimart Piyawattanapong Ph.D.***

Ladawan Panpanit Ph.D.**** Prasopsuk Srisaenpang Ph.D.**

Mayuree Leethongin Ph.D.*** Nutda Kumniyom MNS.****Suttinan Subindee MNS*****

Penchun Lertrat Ph.D.*** Sritian Trisirat MS.**Wanapa Sritanyarat Ph.D.** Ratchatawan Sritragool Ph.D.****

Jintana Boonjan MNS.***** Puangrat Chouwajaroen MNS.***** Siriporn Mongkhonthawornchai MNS.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ ศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวม 362 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นและแบบประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 60-69 ปี สภาพสมรสคู่ ใช้สวัสดิการข้าราชการ สุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุรับรู้สุขภาพตนเองขณะอยู่รักษาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39) และรับรู้ว่ามีโรคในวัยเดียวกัน (ร้อยละ 47) มีโรค 1-8 โรคเป็นโรคหัวใจ-หลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 45) สุขภาพจิตและสภาพสมอง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 95.9) และมีสภาพสมองปกติ (ร้อยละ 86.5) สุขภาพสังคมมีสัมพันธ์ภาพกับเจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการอื่นในระดับดี มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 99.4) คือบุตรและคู่สมรส ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพาหรือพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 77.6)

คำสำคัญ: ภาพสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ABSTRACT

This descriptive research aimed to explore health profile of 362 hospitalized older persons in Srinagarind hospital. Data were collected by using developed questionnaires and standard tools and data were analyzed by descriptive statistics. Results; Most of older persons were males, aged 60-69 years, were married, and used welfare health insurance. Physical health: During hospitalization, older persons perceived

*Research Funding from Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*****Nurse Specialist, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

their health as fair (39%), but rated their health better than others with the same ages (47%). They had 1–8 diseases and heart and coronary disease were found the most (45%). Psychological and mental health: Most of older persons had no depression (95.9%) and normal cognitive function (86.5%). Social health: They had good relationships with hospital staffs and other clients. They had caregivers when being ill (99.4%), mostly were sons/daughters, and spouses. Functional abilities: most of older persons had no to mild dependency level (77.6%).

keywords: health profile, hospitalized older persons, University hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งภาวะทุพพลภาพ อัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายที่สูงขึ้น¹ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่า ผู้สูงอายุมีการใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 13 ของค่าบริการสุขภาพทั้งหมด ผู้สูงอายุยังเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลและมีจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยนานกว่าวัยผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า มีอัตราการครองเตียงในหอผู้ป่วยทั่วไปมากถึงร้อยละ 40 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 60 ในหอผู้ป่วยวิกฤต²

จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกปี ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และจะเป็นสังคมสูงอายุสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568³ ปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้บริการในโรงพยาบาลสูงสุดคือร้อยละ 12.2 สูงกว่าทุกกลุ่มอายุ⁴ และพบสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในกลุ่มอายุ 60–69 ปี อายุ 70–79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไปคือ ร้อยละ 9.6 ร้อยละ 15.2 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ⁵ ผู้สูงอายุมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยยาวนานกว่าผู้ที่มีอายุน้อย⁶ มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.22 วัน และยังเพิ่มขึ้นตามอายุคือ ในกลุ่มอายุ 60–69 ปี อายุ 70–79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 4.92, 5.22 และ 6.77 วัน ตามลำดับ⁷ โรงพยาบาลในทุกระดับ จำเป็นต้องมีฐานข้อมูล

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อการจัดบริการและการจัดอัตราค่าลงบุคลากรพยาบาลอย่างเหมาะสมกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขนาด 885 เตียง มี 43 หอผู้ป่วย และ 13 แผนกการพยาบาล มีผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกรวม 590,000 ครั้งต่อปี (เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 19.78) และเป็นผู้ป่วยในรวม 36,000 ครั้งต่อปี (เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 18.97) ในปี พ.ศ.2550, พ.ศ.2551 และ พ.ศ.2554 มีผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยเพิ่มขึ้น คือ จำนวน 4,852 คน, 5,349 คน และ 7,444 คน ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2550 พบมีวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 8.51 วัน⁸ เห็นได้ว่ามีผู้สูงอายุเข้าใช้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดข้อมูลภาวะสุขภาพในแต่ละมิติของผู้สูงอายุ

คณะผู้วิจัยเป็นบุคลากรของสถาบันการศึกษาพยาบาลและสถาบันบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำเป็นต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับภาพสุขภาพ (health profile) ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลศรีนครินทร์

และคณะพยาบาลศาสตร์ครั้งนี้ จะช่วยให้พยาบาล บุคลากร ทีมสุขภาพและทีมสังคม ทราบถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพกว้าง สามารถจัดบริการที่ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อการวิจัย และการศึกษา รวมถึงการพัฒนาหลักสูตร/ จัดการเรียนการสอน ให้มีความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละมิติที่เป็นปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการบริการและการขยายตัวของประชากรวัยสูงอายุไทย ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและคงความสามารถในการทำหน้าที่ และพึ่งพาตนเองได้อย่างสูงสุด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิด “ภาพสุขภาพ” หรือ “health profile” ซึ่งหมายถึง ภาพร่างของภาวะสุขภาพหรือภาพรวม (overview) ของผู้สูงอายุ^{9,10} การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุครั้งนี้ มุ่งจะได้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ ไม่ได้ศึกษาลงลึกในประเด็นใดประเด็นหนึ่งโดยเฉพาะได้มีการนำใช้แนวคิดนี้ในการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการ (ทางด้านสุขภาพและสังคม) และในชุมชน ทั้งในประเทศและในต่างประเทศ^{10,11,12} ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพและทีมสังคม ทราบถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละมิติสามารถเปรียบเทียบและติดตามสถานการณ์ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุเข้ารับการรักษหรือที่เข้าพักอาศัยในสถานบริการ (ทางด้านสุขภาพและสังคม) และอยู่อาศัยในชุมชนต่างๆ เหล่านั้นได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ (descriptive research) ใช้การสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากร เป็นผู้ที่มียาตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยสามัญและพิเศษ ในแผนกการพยาบาลต่างๆ ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 มีจำนวนทั้งสิ้น 7,444 คน⁸

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลและที่มีคุณสมบัติตามกำหนด คือ เป็นผู้ที่มียา 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เข้ารับการรักษในแผนกผู้ป่วยในตั้งแต่ 24 ชั่วโมง หรือ 1 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1 สัปดาห์ มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและมีความพร้อมด้านสุขภาพที่จะให้การสัมภาษณ์ได้ โดยใช้การประเมินระดับรูสติและการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและยัติให้ข้อมูลโดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอย่างเป็นสัดส่วน (proportional stratified random sampling) โดยคำนึงถึงสัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษในแต่ละแผนกและแต่ละหอผู้ป่วยใน คำนวณด้วยสูตรของ W.G. Cochran กรณีทราบจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 313.43 คน คิดทดแทนอัตราการสูญเสีย ร้อยละ 30 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 376 คน เมื่อได้สัดส่วนของแต่ละหอผู้ป่วยแล้วคัดเลือกผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด จนได้ครบตามจำนวนส่วนเกณฑ์ไม่คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา คือ เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ได้ เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยที่ไม่พร้อม เป็นผู้เจ็บป่วยระยะท้ายและไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดที่จะช่วยให้ข้อมูลได้

สถานที่และระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่ศึกษา คือ หอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ ในแผนกการพยาบาลต่างๆ ได้แก่ 1) หอผู้ป่วยสามัญ ในแผนกศัลยกรรม อายุรกรรม สูติรีเวช บำบัดพิเศษ จักษุและอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และ 2) หอผู้ป่วยพิเศษ

ได้แก่ หอผู้ป่วยในแผนกการพยาบาลพิเศษ (ห้องรวม/ห้องเดี่ยว) ยกเว้นในหอผู้ป่วยในของแผนกผู้ป่วยวิกฤติ เช่นหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจหลอดเลือด และหอผู้ป่วยวิกฤติทางประสาทเป็นต้น โดยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นและแบบประเมินมาตรฐานประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน อาชีพการทำงานเดิมและอาชีพการทำงานในปัจจุบัน 2) สุขภาพกายของผู้สูงอายุจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วยและปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ 3) สุขภาพจิตและสภาพสมองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ และสภาพสมองโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ 30 คะแนน แปลผลตามระดับจุดตัดของแบบประเมินโดยคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ทดสอบ 4) สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการและผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล สัมพันธภาพกับผู้ดูแลและครอบครัว การสนับสนุนด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และ 5) ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทิลเอ็ดแอล (Barthel ADL, BADL) จำนวน 10 ข้อ เครื่องมือวิจัยที่ใช้นี้พัฒนาขึ้นจากชุดเครื่องมือวิจัยภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของ ผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะฯ เพื่อให้สามารถประเมินภาพสุขภาพได้ครอบคลุมและตรงกับความต้องการมากขึ้น¹⁰ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการ 1 ท่านและ

หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยและแบบประเมินดัชนีบาร์เทิลเอ็ดแอลมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.67 และ 0.87 ตามลำดับ และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.68 (มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุหรือไม่)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรง เชื่อถือได้โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกอบรมทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการใช้เครื่องมือวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งมีการบรรณาธิกรข้อมูล (editing) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งโดยหัวหน้าโครงการวิจัยภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตจากทางโรงพยาบาล จึงดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ เช่นใบยินยอม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติสุขภาพผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ที่เตียงผู้ป่วยโดยพิจารณาปิดม่านเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นส่วนตัวหลีกเลี่ยงช่วงเวลาให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรม ผู้สัมภาษณ์จะสอบถามพร้อมสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งหากพบมีความผิดปกติหรือเหนื่อยเพลียจะหยุดการสัมภาษณ์ทันทีและขออนุญาตเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในภายหลัง และในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือจะประสานและส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป รวมระยะเวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ยคนละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 25-30 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE551123 โดยทีมผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วม

การวิจัย แรงสัทธิในการถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วม การวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บ รักษาเป็นความลับ และมีการนำเสนอผลการวิจัยใน ภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่ามีผู้สูงอายุเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์รวม 362 คน ในหอผู้ป่วยแผนกสามัญ 213 คน (ร้อยละ 58.8) และในหอผู้ป่วยแผนกพิเศษ 152 คน (ร้อยละ 41.9)

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.4) เป็นกลุ่มอายุวัยต้น คือ 60-69 ปี (ร้อยละ 58) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.2) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.8) มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.3) สามารถอ่านและ เขียนได้ (ร้อยละ 80.4) อาชีพเดิมก่อนอายุ 60 ปี มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 51.1) ปัจจุบันไม่ได้ ทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (ร้อยละ 68.8) และใช้สิทธิ สวัสดิการข้าราชการ (ร้อยละ 53.6) โดยเป็นสวัสดิการ ของบุตร (ร้อยละ 28.2) และของตนเอง (ร้อยละ 25.4) รองลงมา คือใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้า (ร้อยละ 43.1)

2. สุขภาพทางกาย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ก่อนเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะ สุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 37) ขณะเข้า รับการรักษา ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 39) และเมื่อเปรียบเทียบกับ คนวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีกว่า (ร้อยละ 47)

2.2 โรคและการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ 1-8 โรค เฉลี่ย 1.98

โรค และกลุ่มโรคที่พบมากเรียงตามลำดับ คือ กลุ่มโรค หัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 45) กลุ่มโรคเมะเร็ง-เนื้องอกต่างๆ (ร้อยละ 42.5) กลุ่มโรคติดเชื้อ (ร้อยละ 20.4) กลุ่มโรคระบบทางเดินปัสสาวะและระบบ สืบพันธุ์ (ร้อยละ 14.9) และกลุ่มโรคระบบต่อมไร้ท่อ (ร้อยละ 13.3) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุมีประวัติเคยเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 1-12 ครั้ง เฉลี่ย 2.15 ครั้ง (SD= 3.69) มีประวัติได้รับการ ผ่าตัด 1-7 ครั้ง เฉลี่ย 1.09 ครั้ง (SD= 1.13) ส่วนใหญ่ เป็นการผ่าตัดตาและระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 6.4) ระบบกระดูกและข้อ (ร้อยละ 3.3) และได้รับการ ทำหัตถการ (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ พบมีอาการเจ็บ ป่วยเฉียบพลันภายใน 2 สัปดาห์ (ร้อยละ 93.9) ได้แก่ มีอาการปวด (ร้อยละ 61.9) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 36.5) เมื่อยล้า-อ่อนเพลีย (ร้อยละ 32.6) และเบื่อ อาหาร-ท้องอืด (ร้อยละ 32) ตามลำดับ

สำหรับโรคและการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือนตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่ามีโรคตั้งแต่ 1-6 โรค เฉลี่ย 1.57 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคความดัน โลหิตสูง (ร้อยละ 43.1) โรคข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 29.8) และโรคเมะเร็ง (ร้อยละ 26.8) ตามลำดับ ยาที่ได้รับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับยาที่ แพทย์สั่งตั้งแต่ 1-18 ชนิด (ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.34 ชนิด)

การประเมินสุขภาพ พบผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ ปกติ (18.50-22.99 กก./ม²) ด้านสุขภาพช่องปาก พบมีฟันมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ (ร้อยละ 60.2) และ มีฟันสบคู่เท่ากับหรือมากกว่า 4 ซี่ (ร้อยละ 67.7) พบ มีปัญหาในการมองเห็น และปัญหาในการได้ยิน (ร้อยละ 4.7 และ 1.4 ตามลำดับ) มีการใช้อุปกรณ์ทางการ แพทย์หรือเครื่องช่วยเหลือ (ร้อยละ 38.1) ได้แก่ การ ใส่ท่อ/สายต่าง ๆ ใช้รถเข็นนั่ง อุปกรณ์ช่วยเดิน และ แวนตา ตามลำดับ

2.3 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุภายใน 6 เดือนเรียงตามลำดับใน 10 ปัญหา คือ ปัญหาด้านการมองเห็น (ร้อยละ 61.3) การสูญเสียความจำ (ร้อยละ 47.5) การนอนหลับ (ร้อยละ 45.3) การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 41.1) การเคลื่อนที่/ เคลื่อนไหว (ร้อยละ 31.2) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ร้อยละ 30.4) ปัญหาท้องผูก (ร้อยละ 29.6) การหกล้ม (ร้อยละ 18.2) การได้ยิน (ร้อยละ 12.7) และไม่สามารถกลืนอาหารได้ (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ ด้านการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุมีอุบัติเหตุหกล้ม (ร้อยละ 18.2) ส่วนใหญ่หกล้มนอกบ้านและในเวลากลางวันมีความถี่ 1 ครั้งใน 6 เดือน (ร้อยละ 9.4) เฉลี่ย 5.22 ครั้ง ความถี่ของการหกล้มมากที่สุด คือ 18 ครั้ง

3. สุขภาพจิตและสภาพสมอง พบว่า สุขภาพจิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 95.9) ขณะที่สภาพสมอง พบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 86.5) แต่พบผู้ที่มีความเสี่ยงหรือสงสัยว่ามีความผิดปกติในสมรรถภาพสมองจำนวน 47 คน (ร้อยละ 13.5)

4. สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

4.1 สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการและผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล สัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 55.8) และสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการอื่นรวมถึงกับญาติของผู้ใช้บริการอื่น พบว่าอยู่ในระดับดีเช่นกัน (ร้อยละ 51.1 และ 49.7 ตามลำดับ)

4.2 สัมพันธภาพกับผู้ดูแลและครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลักหรือผู้ที่ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 99.4) โดยมีระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1 เดือนจนถึง 1 ปี (ร้อยละ 35.4) ส่วนใหญ่ได้รับการชักชวน/ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และมีสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.8)

4.3 การสนับสนุนด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ด้านการมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ การมีบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการ บุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อยามกังวลใจและบุคคลที่มาเยี่ยมเยียนบ่อย ๆ เมื่อมีความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส แหล่งสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า บุตรและคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลัก (ร้อยละ 82.9 และ 27.6 ตามลำดับ) และแหล่งอื่น ๆ ร่วมกัน คือ รัฐบาล หรือชุมชน บำเหน็จ บำนาญและเงินตนเองที่เก็บสะสมตามลำดับ การจัดการค่ารักษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่สามารถจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาลได้และไม่มีมีความกังวลเกี่ยวกับการเงิน (ร้อยละ 98.9 และ 90.1 ตามลำดับ)

5. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5.1 ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เองหรือต้องการการช่วยเหลือ เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (ร้อยละ 69.6) การอาบน้ำ (ร้อยละ 35.4) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (ร้อยละ 16.3) การใช้ห้องสุขา (ร้อยละ 12.4) การกลั้นปัสสาวะ (ร้อยละ 11.6) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟันในระยะ 24-48 ชั่วโมง (ร้อยละ 10.5) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย (ร้อยละ 8.8) การกลั่นการขับถ่ายอุจจาระ (ร้อยละ 8.3) การสวมใส่เสื้อผ้า (ร้อยละ 6.6) และ ลูกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (ร้อยละ 6.1) ภาวะพึ่งพา พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะไม่พึ่งพาหรือพึ่งพาในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 77.6) ภาวะพึ่งพาระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.1) ภาวะพึ่งพาระดับรุนแรง (ร้อยละ 8.8) และมีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับสรุปมีภาวะพึ่งพาที่ต้องการการช่วยเหลือรวม ร้อยละ 22.4

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในชุมชน^{5,7,13,14} ในประเด็นต่าง ๆ การศึกษาในโรงพยาบาลยังมีจำกัด ทั้งในระดับทุติยภูมิ¹⁵ และในระดับตติยภูมิ¹⁶ การศึกษานี้ เป็นการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิขั้นสูง มีประเด็นการพิจารณา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่าลักษณะของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปจาก ผลการศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ผ่านมาจากเดิมที่พบว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.5) อยู่ในกลุ่มสูงอายุวัยต้นและมีสถานภาพสมรส⁹ การศึกษานี้กลับพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.4) มากกว่าหญิง เป็นกลุ่มสูงอายุวัยต้นและสถานภาพสมรส⁹ ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่น¹⁷ ที่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสูงอายุวัยต้น และสถานภาพสมรส⁹ แต่เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ¹⁸ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มสูงอายุวัยกลาง และสถานภาพสมรส⁹ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วงวัยต้นที่ยังมีคู่ชีวิตดูแล ต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางซึ่งมักเป็นเพศหญิงที่มีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายและอยู่ในระยะที่สูญเสียคู่ชีวิตแล้ว ขาดผู้ดูแล จึงต้องเข้าพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามยังต้องการข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่ออธิบายปัจจัยด้านเพศของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง

นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในระดับตติยภูมิขั้นสูงนี้ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 52.6) โดยเป็น

สวัสดิการของบุตรเป็นหลัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นข้าราชการหรือญาติของข้าราชการในสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิขั้นสูงและอาจมีความต้องการหรือคาดหวังบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานที่สูงขึ้นด้วย

2. สุขภาพทางกาย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะโดยรวมดีกว่าผู้รับรู้ว่าจะตนเองมีภาวะสุขภาพที่แย่กว่าผลการศึกษานี้พบว่าก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับดี ในขณะที่เมื่อเข้ารับการรักษาผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะตนเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น¹⁷ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าแย่ลง ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลางเท่ากับระดับดี¹⁸ อาจเป็นเพราะภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่บ้านพักผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มากกว่าและมีความไม่พร้อมมากกว่า นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุทั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้านพักผู้สูงอายุ รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าดีกว่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน ซึ่งต้องการการศึกษาเชิงลึกเพื่ออภิปรายในประเด็นนี้ต่อไป

2.2 โรคและการเจ็บป่วยในการศึกษานี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยโรคและการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1-8 โรค เฉลี่ย 1.98 โรค เปลี่ยนแปลงไปจากการศึกษาครั้งที่ผ่านมา¹⁰ ที่เคยพบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ระหว่าง 1-6 โรค หรือเฉลี่ย 1.35 โรค แสดงถึงว่าผู้สูงอายุที่มาับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความซับซ้อนของโรคที่เพิ่มมากขึ้นและมากกว่าผู้สูงอายุที่มาับการรักษาที่

โรงพยาบาลขอนแก่น¹⁷ ทั้งนี้จำนวนโรคของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดถึงภาวะโรคเรื้อรัง/โรคร่วม (chronic-co-morbid or multi-morbid) ที่ควรคำนึงถึงในการรักษาและดูแลผู้สูงอายุ

ลักษณะโรคที่พบแม้จะคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁰ แต่พบเปลี่ยนแปลงลำดับไปจากเดิม คือ ที่เคยพบกลุ่มโรคเมื่เริ่มสูงสุด รองลงมา เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตและโรคหลอดเลือดสมองเปลี่ยนเป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นลำดับแรก รองลงมา คือ โรคเมื่เริ่ม-เนื้องอกต่างๆ โรคติดเชื้อ โรคระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ และโรคต่อมไร้ท่อ ตามลำดับ สะท้อนภาพจำนวนและลักษณะของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและมีความซับซ้อนตามระดับศักยภาพในการบริการระดับตติยภูมิขั้นสูง ซึ่งแตกต่างจากลักษณะโรคที่มีความซับซ้อนน้อยกว่าของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้อเสื่อม และแตกต่างจากลักษณะโรคที่พบในผู้สูงอายุที่บ้านพักผู้สูงอายุ ที่พบวัณโรคและโรคเมื่เริ่มเป็นลำดับแรกในจำนวนเท่ากัน แสดงถึงลักษณะโรคบางโรคเพิ่มขึ้นจากการแพร่กระจายในบริบทแวดล้อม

นอกจากนี้ จำนวนยาที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ที่พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.34 ชนิด (ตั้งแต่ 1-18 ชนิด) ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมา¹⁰ พบมีค่าเฉลี่ยที่น้อยกว่า คือ 3.68 ชนิด (จำนวนยาตั้งแต่ 1-29 ชนิด) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของกลุ่มโรคที่เปลี่ยนแปลงไปได้

2.3 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุภายใน 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่าปัญหาสำคัญลำดับแรกของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลขอนแก่น คือ ปัญหาการมองเห็น ใน

ขณะที่ปัญหาลำดับแรกของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ คือ ปัญหาการเคลื่อนไหว

ส่วนปัญหาสำคัญลำดับต้นของผู้สูงอายุทั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง¹⁷ และที่อาศัยที่บ้านพักผู้สูงอายุ¹⁸ ได้แก่ ปัญหา การมองเห็น การสูญเสียความจำ การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการกลืนปัสสาวะรวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจากหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{10,12,15,16} ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักมีปัญหาการนอนหลับ การมองเห็น การรับประทานอาหาร ท้องผูกกลืนปัสสาวะไม่อยู่ หงุดหงิด/สับสน/สูญเสียความทรงจำและอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในทุกกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวมักจะไม่ได้รับการประเมิน ให้ความสนใจหรือคำนึงถึงจากบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่ใช่ปัญหาสำคัญที่ทำให้มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุเหล่านี้ อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การฟื้นฟูหายล่าช้า หรือเป็นอันตรายถึงชีวิตตามมาได้

3. สุขภาพจิตและสภาพสมอง

3.1 ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น¹⁷ แต่ต่างจากผู้สูงอายุที่บ้านพักผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้ที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนใกล้เคียงกันทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยบริบทแวดล้อม และสอดคล้องกับข้อมูลจากหลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ มักประสบกับปัญหาซึมเศร้า¹⁹ อย่างไรก็ตามการที่ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล อาจเนื่องจากการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลเป็นเรื่องยากเนื่องจากมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษา ความเจ็บป่วยทางกาย และ

การได้รับยาหลายชนิด¹⁹

3.2 สภาพสมองผลการประเมินสภาพสมองครั้งนี้ พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 13.5 และลดลงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบถึงร้อยละ 30.9 รวมทั้งน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่พบร้อยละ 59.1 และในบ้านพักผู้สูงอายุที่พบร้อยละ 41.5 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวข้าราชการทำให้มีโอกาสเรียนรู้ รับข้อมูลข่าวสาร หรือพัฒนาสมองได้มากกว่า อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และภาวะซึมเศร้า ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุ⁵

4. สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

การศึกษาในครั้งนี้และที่ผ่านมา¹⁰ ส่วนใหญ่พบผู้สูงอายุมีบุตรและรองลงมาคือคู่สมรส เป็นผู้สนับสนุนทั้งด้านจิตสังคมเศรษฐกิจและดูแลเมื่อเจ็บป่วย สะท้อนถึงภาพบริบทครอบครัวที่ยังคงเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้มีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีสัมพันธภาพกับผู้ให้บริการ ผู้ป่วยอื่นและญาติ รวมถึงกับผู้ดูแลและครอบครัว โดยเฉพาะบุตรและคู่สมรสอยู่ในระดับดี ทำให้มีสุขภาพสังคมที่ดีระหว่างอยู่รักษาในโรงพยาบาลสอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น¹⁷ แต่แตกต่างจากที่บ้านพักผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่และเพื่อน¹⁸

5. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐานหรือไม่มีความพึ่งพาสอดคล้องกับผู้สูงอายุที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ที่พบว่า สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้อย่างอิสระ ร้อยละ 89.6 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่บ้านพักผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความพึ่งพาระดับเล็กน้อยหรือไม่พึ่งพา ร้อยละ 80 นอกจากนี้ การศึกษาครั้ง

นี้พบผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาร้อยละ 22.3 โดยเป็นภาวะพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 4.4 ซึ่งน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีความพึ่งพาทั้งหมดในบ้านพักผู้สูงอายุ (ร้อยละ 18.6) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในบ้านพักส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุวัยกลางซึ่งมักมีความเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุมิปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยโรคเมเร็งและผู้ที่อยู่ในระยะท้าย ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลจากการศึกษา สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อการดูแล/ จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารักษาในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขึ้นสูงได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงลักษณะโรค/ การเจ็บป่วย ซึ่งมีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจากการมีหลายโรคและต้องระวังปฏิกิริยาจากการได้รับยาจำนวนมาก ความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน คำนึงถึงปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่อาจถูกละเลย เช่น ปัญหาด้านการมองเห็น การสูญเสียความจำ ปัญหาการนอนหลับ การรับประทานอาหาร และการเคลื่อนไหว รวมทั้งการคำนึงถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพสังคมในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

2. ฐานข้อมูลภาพสุขภาพนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาโดยการจัดเนื้อหาการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สามารถพัฒนาหลักสูตรหรือการจัดอบรมด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีเนื้อหาครอบคลุมลักษณะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนและปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่ควรคำนึงถึงสอดคล้องกับความต้องการของสถานบริการและการเปลี่ยนแปลงตามภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยต่อไปคือ การศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาเช่น ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรคเมเร็ง หรือใน

ระยะท้าย เพื่อเสริมให้ฐานข้อมูลมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น

References

1. Ebersole P, Hess P, Touhy JK. Gerontological-Nursing Healthy Aging. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2005.
2. Phokakul W. editor. Standard of service for the elderly in various health care institutions. Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Bangkok: Thailand Agricultural Cooperation; 2005. (in Thai)
3. National Economic and Social Development. Assumption, death situation, estimation of the Thai population during 2000-2030. Online 2001. <http://www.nesdb.go.th> (in Thai)
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2006. Bangkok: Tula printing; 2007. (in Thai)
5. Sritanyarat W, Aroonsang P, Assantachai P. Health status and health services for the Thai elderly. In Witchawut C. et al. editors. Knowledge synthesis on older people in Thailand during 2002-2008: A review, focused on "health status and health services of the Thai elderly. Thai Geriatric Research Institute (TGRI), Thailand. Bangkok: TQP; 2010. (in Thai)
6. Institute of Population and Social Research, Mahidol University. Thai health 2007. Bangkok: Amarin printing; 2007. (in Thai)
7. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2007. Bangkok: Tula printing; 2008. <http://www.thaitgri.org> (in Thai)
8. Department of Medical Statistics. Data on in-patients and Out-patients, Srinagarind Hospital in the year 2005-2011. Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, KhonKaen University; 2012. (in Thai)
9. National Council on Ageing and Older People. Chapter II, A profile of older people in Ireland in an age friendly society today: A position statement; 2005.
10. Aroonsang P., Sritanyarat W., Lertrat P., Subindee S., Surit P., Theeranut A., Silarat M., Trisisirat S., Saengsuwan J., Srisanpang P. Health profile of older persons in health care institute and in community. Journal of Nursing Science & Health 2012, 35(2), 15-24. (in Thai)
11. Wang ST, Sritanyarat W, Aroonsang P. Health profile of older people in residential apartment, Guangxi, P.R. China. KKU. Res. J. (GS) 2008; 8(4): 1-17.
12. Shi WQ, Sritanyarat W. Aroonsang P. Health profile of hospitalized older persons in a tertiary hospital in Nanning, Guangxi, China. KKU Res. J. (GS), 2011; 11(2): 55-68.
13. National Statistical of Thailand. Survey on the Thai elderly 2007. www.nsto.go.th
14. Chunharat S, editor. Situation of the Thai elderly 2007. Thai Geriatric Research and Development Institute. Bangkok: TQP; 2008. Available from <http://www.thaitgri.org>. (in Thai)
15. WimolWongnoo, PongpanAroonsang. Health profile of hospitalized older persons in a community hospital. Journal of Nursing Science & Health 2553; 33(4): 28-37. (in Thai)

16. DasavahnBounmany, PongpanAroonsang. Health profile of hospitalized older persons in Mahosot hospital, Loa PDR. Journal of Nursing Science & Health 2013; 36(2): 77-87. (in Thai)
17. Leethong-in M., Lertrat P., Piyawattanapong S., Panpanit L. (2016). Health Profile of older persons inKhonKaen Hospital. Journal of Nursing and Health Care 2016, 34(2), 193-201. (in Thai)
18. Aroonsang P., Panpanit L., Srisanpang P.,Piyawattanapong S., Leethong-in M., Kum-niyom N., Subindee S., Lertrat P., Trisirirat S., Sritanyarat W. Health Profile of Older Persons in Residential Home. Journal of Nursing Science & Health 2017, 40(1), 87-96. (in Thai)
19. British Geriatrics Society. Depression in older adults – solutions to a common disorder. 2016 [cited 2017 June 6].
20. Available from: <http://www.bgs.org.uk/depression-in-older-adults/newsletter/news-sept2016/sep16-depression-in-older-adults>