ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ทีมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

Functional ability, cognitive function and depression in older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic, community hospital

บทความวิจัย
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2559
Volume 39 No.1 (January-March) 2016

สุภัตตา ไกยวรรณ์ พย.ม.* พ่องพรรณ อรุณแสง วท.ม**
Supatta Kaiyawan MSN.* Pongpan Aroonsang MS.**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ดัชนีบาร์เทลเอดีแอลและดัชนีจุฬาเอดีแอล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรม SPSS ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ปกติร้อยละ 4.1 และผิดปกติร้อยละ 95.9 มีสมรรถภาพสมองปกติร้อยละ 88.7 เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 90.7 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3 ไม่พบปัญหาทั้ง 3ปัญหาร้อยละ 4.1 มีปัญหา 1 ปัญหาร้อยละ 76.3 มี 2 ปัญหาร้อยละ 18.9 และมี 3 ปัญหาร้อยละ 0.7

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า

Abstract

The purpose of the study was to investigate functional ability, cognitive function and depression for older persons with chronic illness. Therefore a sample of 290 persons was selected from older persons with chronic illness attended at a chronic care clinic in a community hospital. The instruments used for the collected data include general information, Barthel ADL Index, Chula ADL Index, Mini-Mental State Examination Thai version 2002 and Thai Geriatric Depression Scale. Data were processed by descriptive statistical analysis with the SPSS program. The results: Functional ability: normal 4.1%, abnormal 95.9%. Cognitive function: normal 88.7%, risk for dementia 11.3%. Depression 9.3% positive, 90.7% negative. No of problems: (0) 4.1%, (1) 76.3%, (2)18.9%, (3) 0.7%.

keywords: older person, chronic illness, functional ability, cognitive function, depression

***Student of Master of Nursing Science, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University**
****Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University**

บทนำ

ประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยมีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 5.5 ร้อยละ 13.5 และร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2523 พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2557 ตามลำดับ และคาดว่าในอีก 4 ปีข้างหน้าคือปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19.2 การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ[1] ด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น[2] และในผู้สูงอายุพบว่ามักมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค[3] ดังนั้นเมื่อจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจึงหมายถึงการที่ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี ค.ศ. 2030 ผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 87[4] ในต่างประเทศมีรายงานว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคหรือมากกว่าขึ้นไปสำหรับในประเทศไทย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.6 พบว่ามีโรคเรื้อรัง และพบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากวัยผู้ใหญ่คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง[5] และโรคเรื้อรังเกิดใหม่ในวัยผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง[6]

การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีสาเหตุจากโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายอย่าง โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่สมรรถภาพสมองและเกิดภาวะซึมเศร้า มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ร้อยละ21.3 [7]เป็นปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 18.4 และปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องร้อยละ 16.6[8] การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความเสื่อมด้านร่างกาย กิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ด้วยตนเอง แต่กลับมีความต้องการการช่วยเหลือมากขึ้นหรือมีข้อจำกัด โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง[9] ที่สะท้อนถึงการอยู่ได้ลำพังและการใช้ชีวิตอย่างอิสระในชุมชน การเจ็บป่วยเรื้อรังยังมีผลต่อสมรรถภาพสมองร้อยละ 43 โรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อกระบวนการทำงานของสมองโดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีผลต่อหลอดเลือดระบบประสาทและเมตาบอลิซึมของสมอง จะทำให้การรู้คิดเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังยังพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3[10] โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเกิดจากปัญหาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง เป็นสาเหตุชักนำของการเกิดภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลายาวนานจะทำให้วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง การกำเริบและการลุกลามของโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ความพยายามการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคมมีผลต่อสุขภาพจิต จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านความสามารถในการทำหน้าที่ มีผลต่อสมรรถภาพสมอง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความต้องการการดูแลและการรักษานำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพา

จากปรากฏการณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการ ที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 50.19 เป็นผู้สูงอายุจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดในปีงบประมาณ 2557 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาดังกล่าวมากกว่าวัยอื่น และการดูแลต้องมีความเฉพาะต่างจากวัยอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนว่าเป็นอย่างไร ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ เพื่อให้ทราบถึงภาวะ

สุขภาพผู้สูงอายุและเพื่อให้ได้ฐานข้อมูลปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้ง 3 ปัญหา เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเรื้อรังที่มีความเฉพาะต่อผู้สูงอายุ ซึ่งผลที่ได้สามารถนำไปใช้วางแผนการป้องกันทั้งในโรงพยาบาลและนำไปสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อชะลอผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมองและภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัย

ความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้องรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความสามารถ ในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Cochran (1963) โดยใช้สูตรประมาณสัดส่วน ได้จำนวน 290 คน และสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากจากเลขประจำตัวผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุที่มารับบริการในระยะเวลาที่มีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีการวินิจฉัยว่ามีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

2. ไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาการสื่อสารมีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยการพูด หรือการอ่าน หรือการเขียนหนังสือได้และไม่ได้วินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

3. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตามวันที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโดยผู้วิจัยทั้งหมด ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยให้ผู้สูงอายุได้พักระหว่างการสัมภาษณ์ 5 นาทีและไม่รบกวนการตรวจรักษาของผู้สูงอายุ

4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและการทำงานในปัจจุบัน ผู้ดูแล โรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนชนิดยาที่ได้รับ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภาวะโภชนาการ ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งประเมินจาก 2 เครื่องมือคือ1.1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และ โดยใช้แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอดีแอลประกอบด้วย 10 กิจกรรมเช่น รับประทานอาหาร การล้างหน้าหวีผมแปรงฟัน ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการใช้ชีวิตอิสระตามลำพังได้ 1.2)ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องโดยใช้แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีจุฬาเอดีแอล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทงานบ้าน (ถูบ้าน ซักผ้า รีดผ้า) การทอนเงิน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะ ซึ่งแสดงถึงการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคมของผู้สูงอายุ เครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่นี้ได้มีการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย[11] ความสามารถในการทำหน้าที่ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ

คือ มีพึ่งพาทั้งหมด 0-4 คะแนน มีภาวะพึ่งพามาก 5-8 คะแนน มีภาวะพึ่งพาปานกลาง 9-11 คะแนน และมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย/ไม่พึ่งพา 12 คะแนนขึ้นไป ในการศึกษานี้ปกติหมายถึงผู้ที่มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 20 คะแนนเต็ม และได้คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง 9 คะแนนเต็มคือทำได้ทุกกิจกรรม 2) สมรรถภาพสมอง ใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 แปลผลโดยใช้ระดับการศึกษาโดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้) จุดคะแนนเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ≤ 14 ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คะแนน ≤ 17 และผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ≤ 22 3) ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย[12] แปลผลคือผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนน 13-18 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง คะแนน 19-24 คะแนน และมีความเศร้ารุนแรง คะแนน 25-30 คะแนน

ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยประเมินในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้ ดัชนีบาร์เทลเอดีแอลมีค่าเท่ากับ 0.79 ดัชนีจุฬาเอดีแอลมีค่าเท่ากับ 0.78 แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 มีค่าเท่ากับ 0.71 และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรองลำดับที่ 4.2.01: 37/2014เลขที่ HE572231 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2557 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล การเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมสามารถตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยและออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เอกสารข้อมูลการสัมภาษณ์เก็บเป็นความลับ และไม่มีผลต่อการให้บริการของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 และเพศชาย ร้อยละ 40.7 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี ร้อยละ 42.8 อายุเฉลี่ย 72.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.4 ปี มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็น คู่ร้อยละ 59.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษาพบมากที่สุดร้อยละ 76.6 อาชีพและการทำงานในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้ทำงานร้อยละ 73.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 10 การอยู่อาศัยพบว่าอาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุดร้อยละ 67.6 และผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือบุตรร้อยละ 69.3 โรคเรื้อรังที่มีการวินิจฉัยโดยแพทย์พบมากที่สุดคือโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 46.8 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.8 โรคเบาหวานร้อยละ 41.3 จำนวนโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุพบว่ามีโรคเรื้อรัง 2 โรคมากที่สุดร้อยละ 38.6 โรคเรื้อรัง 3 โรคร้อยละ 27.9 โรคเรื้อรัง 1 โรคร้อยละ 24.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วยพบมากที่สุดคือมากกว่า 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 38.3 ความต่อเนื่องในการรักษามากที่สุดร้อยละ 96.6 กลุ่มยาที่ได้รับพบว่า 2-4 กลุ่มมากที่สุดร้อยละ 66.9 ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 74.5 จำนวนครั้งของผู้สูงอายุที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากพบว่า 1 ครั้งร้อยละ 59.4

ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง จากการศึกษานี้พบว่า มีความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวมปกติ ร้อยละ 4.1 และผิดปกติ ร้อยละ 95.9 เมื่อจำแนกตามความสามารถในการทำหน้าที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ปกติร้อยละ 20.0 ผิดปกติร้อยละ 80.0 โดยแบ่งระดับภาวะพึ่งพาดังนี้ มีภาวะพึ่งพาปานกลางร้อยละ0.7 มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยร้อยละ 79.3 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามากและพึ่งพาทั้งหมด และผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง อยู่ในระดับปกติหรือทำได้ด้วยตนเองในทุกกิจกรรมร้อยละ 11.7 อยู่ในระดับที่ต้องพึ่งพาบางกิจกรรมร้อยละ 88.3 เมื่อแบ่งตามวัยผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่พบมากในผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 34.5 ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 30.0 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.8 ตามลำดับ

สมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ศึกษามีสมรรถภาพสมองปกติร้อยละ 88.7 มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 11.3 ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมพบมากอายุ 70-79 ปีร้อยละ 5.6 รองลงมาคืออายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 3.2 และ อายุ 60-69 ปีร้อยละ 2.5

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่ศึกษาปกติไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 90.7 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3 โดยมีระดับความซึมเศร้าดังนี้ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 5.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 1.7 และภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 2.4 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อายุ 70-79 ปีร้อยละ 4.5 อายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 3.4 และอายุ 60-69ปีร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในประเด็นที่ศึกษาส่วนใหญ่มีปัญหา 1 ปัญหาร้อยละ 76.3 และมีปัญหา 2 ปัญหาร่วมกันร้อยละ 18.9 และมีปัญหา 3 ปัญหาร้อยละ 0.7 และไม่พบปัญหาร้อยละ 4.1

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจจากกระบวนการสูงอายุ และเมื่อเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย คือความสามารถในการทำหน้าที่สมรรถภาพสมองและเกิดปัญหาด้านจิตใจคือมีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวน 290 คนพบว่าส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังคือ โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ46.8 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.8 และโรคเบาหวานร้อยละ 41 จากการศึกษาระดับประเทศในปี พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 53[1] และโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่าโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคไตวายเรื้อรัง รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การที่มีผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังสูงอาจเพราะโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษานี้ มีการตรวจค้นหาทางห้องปฏิบัติการถึงการทำหน้าที่ของไตในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และมีการให้บริการคลินิกโรคไตวายเรื้อรัง ทำให้มีการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังมากขึ้น การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไปมากที่สุดและส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี อธิบายจากการศึกษาที่ผ่านมา[7] พบมีผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 2 โรคหรือมากกว่าถึงร้อยละ 62 ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุวัยต้นนี้อธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยต่อเนื่องที่เกิดมาจากวัยผู้ใหญ่ เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน[6] ทำให้พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีการเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือบุตร เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาที่อธิบายว่าถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีคู่สมรสแต่ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอาศัยอยู่ด้วยคือบุตรมากที่สุด[13]

ความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสามารถในการทำหน้าที่ปกติหรือทำได้ในทุกกิจกรรมและไม่มีภาวะพึ่งพาเพียงร้อยละ 4.1 ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาว่าพบปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่ร้อยละ 57.6 [14] การศึกษาครั้งนี้มีปัญหาสูงกว่าอาจเนื่องมาจากการตัดสินภาวะปกติของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง 2 ด้านต้องมีคะแนนเต็มหรือทำได้ทุกกิจกรรม

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แบ่งตามระดับภาวะพึ่งพาพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยร้อยละ 79.3 และพึ่งพาปานกลางร้อยละ 0.7 ซึ่งไม่พบภาวะพึ่งพามากและพึ่งพาทั้งหมด การศึกษานี้มีผู้สูงอายุที่ผิดปกติหรือมีภาวะพึ่งพาสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะพบปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ร้อยละ 21.3[7] ทั้งนี้อาจเพราะว่าการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ว่าปกติคือทำได้ทุกกิจกรรม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ ผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองน้อยที่สุด คือการขึ้นลงบันได 1 ชั้นและการลุกจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ[15] ภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้นถึงแม้เพียงเล็กน้อยก็ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว[7]

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ในการศึกษานี้พบว่าในผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานปกตินั้น เป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องผิดปกติหรือคะแนนไม่เต็ม 9 คะแนนร้อยละ 12.4 นั่นคือในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่แม้พบว่ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานปกติ ยังอาจมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องผิดปกติหรือไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามลำพังโดยอิสระ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไต้หวันที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะพบปัญหาด้านกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมากกว่ากิจวัตรประจำวันพื้นฐาน[16]

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่า สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองทั้งหมดเพียงร้อยละ 11.7 แสดงว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนมากยังต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันที่ต้องอาศัยทักษะและมีความซับซ้อนเพื่อที่จะสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ กิจกรรมที่พบปัญหามากที่สุดคือการใช้บริการรถเมล์รถสองแถว ต่างจากการศึกษาในต่างประเทศพบปัญหาร้อยละ 19 และร้อยละ 41 โดยกิจกรรมที่พบปัญหามากคือการเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน[14] ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาที่อ้างอิงนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ในขณะที่การศึกษานี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่สามารถเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้านได้ แต่ด้วยบริบทของประเทศไทยที่การใช้รถเมล์รถโดยสารสาธารณะ มีความยากลำบากจึงทำให้เกิดความจำกัดในการทำกิจกรรมนี้

ในการศึกษานี้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ผิดปกติ ส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรัง 2-4 โรค ซึ่งมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น[17] การศึกษาผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นหรือโรคร่วม[7] (comorbidity) และมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 4 โรคจะมีปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่เกือบถึงร้อยละ 72 และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 5 โรคขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 71 และโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุปัญหามากที่สุดคือโรคข้ออักเสบ โรคหัวใจและโรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง[18] สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่ามีปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่ร้อยละ 18 [19] หากปราศจากโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญผู้สูงอายุจะสามารถเดินและช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจต่างๆ ได้แม้จะอายุมาก โดยทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุจะพบปัญหา

ในอายุประมาณ 80 ปีขึ้นไป[11] ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่พบว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ปกติ ยังอาจพบว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องผิดปกติหรือไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามลำพังโดยอิสระดังนั้นครอบครัวและสังคมควรให้การสนับสนุน ให้ความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกันในกลุ่มที่ยังมีความสามารถทำหน้าที่ปกติให้สามารถดูแลตนเองและสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างอิสระได้ตามปกติให้นานที่สุด[16]

สมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมพบว่าต่ำกว่าจากการศึกษาในต่างประเทศ[9] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี ที่สามารถมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น และพบว่าผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปพบได้ถึงร้อยละ 32.5[20] ปัญหาด้านสมองอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความสูงอายุเอง และยังอาจเกิดจากโรคที่เกี่ยวกับระบบประสาท ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง[21] โรค สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามลำดับตามจำนวนโรคเรื้อรัง[21] การศึกษาในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังครั้งนี้พบว่าโรคเรื้อรังที่พบมากคือโรคไตวายเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษา[20] ภาวะสมองเสื่อมพบมากในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและในที่สุดจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของสมองเกิดภาวะสมองเสื่อม และการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคไตวายเรื้อรัง พบว่าอัตราการกรองที่ลดลง ไตวายในระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมเช่นกัน[22]

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย [23] พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.3 แต่ร้อยละของการมีปัญหานี้ต่างจากบางการศึกษาในต่างประเทศซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 13.3[10] และร้อยละ 24[18] ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากมายในผู้สูงอายุการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่รับการรักษาที่คลินิกจิตประภัสสร ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าจำนวนน้อย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากกว่าเพศหญิงแต่จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อธิบายว่าเพศหญิงมีการจัดการเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยการพูดคุย ซึ่งจะพบน้อยมากในเพศชายซึ่งจะทำให้พบภาวะซึมเศร้ารุนแรงในเพศชายมากกว่าเพศหญิง [24] และมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[25] ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาที่พบว่าเพศชายและหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันที่โรคเรื้อรังที่มี มีการศึกษาในประเทศไทย[23] พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุคือเพศ โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง[8] โรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเรื้อรังดังกล่าวนำไปสู่การเกิดความเสื่อมทางร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคและ

เกิดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย[18] การกำเริบของโรค อาการของโรคที่มีความก้าวหน้าส่งผลต่อด้านจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า [26] นอกจากนี้ผลของภาวะซึมเศร้ายังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษารักษาโรคเรื้อรังและการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ [27] ดังนั้นพยาบาลควรเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเมื่อมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังมีปัญหาที่เป็นผลกระทบหลายปัญหาและยังพบว่ามีปัญหาร่วมโดยพบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่ผิดปกติร่วมกับเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษา[28] ที่พบว่าปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมอง สาเหตุเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อสมองเสื่อมลง ก็มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกายในการทำกิจกรรมลดลงเช่นกัน[29] นอกจากนี้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังยังมีปัญหาความสามารถในการทำหน้าที่ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า อันเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการเสื่อมของร่างกาย โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ [20] ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังพบปัญหาในประเด็นที่ศึกษา 3 อย่างร่วมกัน คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ผิดปกติร่วมกับเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม[30] และจะพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามักจะมีภาวะสมองเสื่อม และเมื่อมีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม มักจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงด้วย [31]

ข้อเสนอแนะ

ผลกระทบจากโรคเรื้อรังพบว่ามีจริงในการศึกษานี้ ทั้งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่สมรรถภาพสมองและเกิดภาวะซึมเศร้า และยังพบว่ามีปัญหาที่เกิดร่วมกันทั้ง 2 ปัญหาและ 3 ปัญหา โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ถ้าสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุจะช่วยลดภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพาทางด้านสุขภาพได้ โดยเพิ่มการคัดกรองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังโดยใช้แบบประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อติดตามและเฝ้าระวัง รวมถึงสร้างความตระหนักแก่ทีมถึงปัญหาดังกล่าว และควรมีการบันทึกในเวชระเบียนเพื่อให้มีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

จัดบริการที่เหมาะสมกับปัญหาที่พบเช่น การปรับสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสมอง ให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล รวมถึงมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของความสามารถในการทำหน้าที่ สมรรถภาพสมองและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังจำแนกเพศ อายุ จำนวนโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย และกลุ่มยาที่ได้รับ

ข้อมูล	ความสามารถในการทำหน้าที่ (N = 290)							สมรรถภาพสมอง (N = 283)[a]		ภาวะซึมเศร้า (N = 290)	
	BADL					IADL					
	ปกติ 20 คะแนน	พึ่งพาเล็กน้อย 12-19 คะแนน	พึ่งพาปานกลาง 9-11 คะแนน	พึ่งพามาก 5-8 คะแนน	พึ่งพาทั้งหมด 0-4 คะแนน	ปกติ IADL =9 คะแนน	ผิดปกติ < 9 คะแนน	ปกติ	ผิดปกติ	ปกติ	ผิดปกติ
เพศ											
ชาย	27 (9.3)	90 (31.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (4.1)	106 (36.6)	106 (37.5)	7 (2.5)	109 (37.6)	9 (3.1)
หญิง	31 (10.7)	140 (48.3)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	22 (7.6)	150 (51.7)	145 (51.2)	25 (8.8)	154 (53.1)	18 (6.2)
รวม	58 (20.0)	230 (79.3)	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (11.7)	256 (88.3)	251 (88.7)	32 (11.3)	263 (90.7)	27 (9.3)
อายุ											
60-69 ปี	37 (12.7)	87 (30.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (7.9)	101 (34.8)	116 (58.6)	7 (2.5)	120 (41.4)	4 (1.4)
70-79 ปี	17 (5.9)	100 (34.5)	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (3.4)	109 (37.6)	100 (35.3)	16 (5.6)	106 (36.5)	13 (4.5)
80 ปีขึ้นไป	4 (1.4)	43 (14.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	46 (15.9)	35 (12.5)	9 (3.2)	37 (12.8)	10 (3.4)
รวม	58 (20.0)	230 (79.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (11.7)	256 (88.3)	251 (88.7)	32 (11.3)	263 (90.7)	27 (9.3)
จำนวนโรคเรื้อรัง											
1 โรค	58 (20.0)	52 (17.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (3.8)	60 (20.7)	67 (23.7)	2 (0.7)	64 (22.1)	7 (2.4)
2-4 โรค	0 (0.0)	174 (60.0)	2 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (7.9)	192 (66.2)	180 (63.6)	30 (10.6)	195 (67.2)	20 (6.9)
5 โรคขึ้นไป	0 (0.0)	4 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0)	4 (1.4)	4 (1.4)	0 (0)	4 (1.4)	0 (0)
รวม	58 (20.0)	230 (79.3)	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (11.7)	256 (88.3)	251 (88.7)	32 (11.3)	263 (90.7)	27 (9.3)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย											
1-5 ปี	15 (5.2)	8 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.3)	10 (3.5)	69 (24.4)	10 (3.5)	76 (26.2)	5 (1.7)
6-10 ปี	21 (7.2)	43 (14.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.3)	45 (15.5)	86 (30.4)	9 (3.2)	89 (30.7)	8 (2.8)
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	22 (7.6)	179 (61.7)	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (9.1)	201 (69.3)	96 (33.9)	13 (4.6)	98 (33.8)	14 (4.8)
รวม	58 (20.0)	230 (79.3)	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (11.7)	256 (88.3)	251 (88.7)	32 (11.3)	263 (90.7)	27 (9.3)
จำนวนกลุ่มยาที่ได้รับ											
1 กลุ่ม	53 (18.3)	7 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0)	11 (3.9)	10 (3.5)	1 (0.3)	8 (2.7)	3 (1.0)
2-4 กลุ่ม	5 (1.7)	149 (51.4)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (9.6)	166 (57.2)	169 (59.7)	20 (7.1)	180 (62.1)	14 (4.8)
5 กลุ่มขึ้นไป	0 (0.0)	74 (25.5)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.1)	79 (27.2)	72 (25.4)	12 (3.9)	75 (25.9)	10 (3.5)
รวม	58 (20.0)	230 (79.3)	2 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (11.7)	256 (88.3)	251 (88.7)	32 (11.3)	263 (90.7)	27 (9.3)

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai elderly 2014. Bangkok: TQP: 2014. (in Thai)
2. Subindee S, Sritanyarat W. Mild cognitive impairment in older persons with chronic illness attend at a chronic care clinic of a primary care unit, Khon Kaen Province. Journal of Nursing Science & Health 2557; 37(1): 43-50.
3. Ebersole P, Hess P, Touhy AT, Jett K, Luggen SA. Toward health aging: human needs and nursing response. 6th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2004.
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. 2010 [cited 2014 March 17] Available from www.who.int/nmh/publications/ncd_report 2010.

5. Srisaenpang P, Sritanyarat W, Premganone A. Perception and self care of older adults with comorbidity. Journal of Nursing Science & Health 2555; 35(4): 41-51.
6. Warshaw G. Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. Generations 2006; 30: 5-10.
7. Gama VE, Damian J, Ruigomez A, Moreno MJ. Chronic disease functional status and self-ascribed cause of disabilities among noninstitutionallized older people in Spain. J Gerontol 2002; 57: 716-21.
8. Huang W, Ross J, Boockvar K, Siu L. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. BMC Geriatrics 2011; 11: 1-12.
9. Siritipakorn P, Muangpaisan W, Associated factors of caregiver burden among family care givers of dementia patients in a qeriatric clinic, Siriraj hospital. Journal of Nursing Science and Health 2558; 38 (2): 54-64.
10. Niti M, Ng PT, Kua HE, Ho R, Tan C. Depression and chronic medical illness in asian older adults: the role of subjective health and functional status. International Journal of Geriatric Psychiatry 2007; 22: 1087-94.
11. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Culalongkorn university; 1994. (in Thai)
12. Poungvarin N. Thai geriatric depression scale-TGDS. Siriraj Medical Journal 1994; 46: 1-9. (in Thai)
13. Yamwong N. Quality of life and physical acti vity of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha chakri sirindhorn Medical center. Journal of Medicine and health sciences 2014; 37: 37-44. (in Thai)
14. Freitas SR, Fernades HM, Coqueire SR, Junior WH, Rocha VS, Brito AT. Functional capacity and associated factor in the elderly: a population study [Internet]. 2012[cited 2015 September 1]. Available from http// dx.doi.10.1590.
15 Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P, Suttinan S, surit P, Theeranut A., et al. Health profile of older persons in health care institution and community base care setting. Journal of Nursing Science and Health 2012; 35 (2): 15-24.
16. Liao CC, Li RC, Lee HS, Liao CW, Liao YM, Lin J, et al. Social support and mortality among the aged people with major disease or ADL disabilities in Taiwan: a national study. Arch gerontol geriatr 2015; 60: 317-21.
17. Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B., Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons: A community-based, longitudinal study. J Int Med 2009; 265: 288-95.
18. Gunn MJ, Ayton RD, Densley K, Pallant FJ, Chondros P, Herrman EH, Dowrick FC. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. Soc phychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47: 175-84.
19. Sunsern R, Somsamai R, Lawang L, Anocha T, Charunyakorn V, Tussanee S, Pornpen P. Evidence, problems, and health care needs for hypertension patients at Baan-bung District, Chon-Buri Province. J Nurs Educ 2011; 4: 2-16. (in Thai)

20. Frisoni G B, Fratiglioni L, Fastbom J, Guo Z. Mild cognitive impairment in the population and physical health: Data on 1,435 individuals aged 75 to 95. J Gerontol 2000; 55: 322-8.
21. Wold HG. Basic geriatric nursing. St. Louis: Mosby; 2008.
22. Yaffe K, Ackerson L, Tamura KM, Blane LP, Kusek WJ, Sehgal RA, et al. Chronic kidney disease and cognitive function in older adults: finding from the renal insufficiency cohort cognitive study. JAGS. 2010; 58: 338-45.
23. Suppaso P. The prevalence of depression among type 2 diabetic patients in PhangKhon Hospital. Srinagarind Med J 2010; 25: 272-9. (in Thai)
24. Koenig HG. Late life depression: how to treat patient with comorbid chronic illness. Geriatrics 1999; 54: 56-61.
25. Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, Yener GG, Tunca Z. Prevalence and risk factor of depression among community dwelling elderly. Arch gerontol geriatr 2014; 59: 150-4.
26. Agronin EM. Mananging depression in older adult practical approaches to complex patients [Internet]. 2010 [cited 2014 April 13]. Avai lable from http://www.psychweekly.com/aspx/article/articledetail.
27. Hall AC, Reynolds FC. Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. Maturitas [Internet]. 2014[cited 2015 September 10]; 79: 147-52. Available from http://www.journals.elsevier.com/maturitas
28. Luchsinger J A. Type 2 diabetes and cognitive impairment: linking mechanisms[abstract]. Journal of Alzheimer's Disease. 2012; 30 (Suppl 2):185-98
29. Knight MM. Cognitive ability and functional status. J Adv Nurs 2000;31: 1459-68.
30. Noel HP, Williams WJ, Unutzer J, Worcbel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid Illness in elderly primary care patients: Impact on multiple domains of health status and well-being. Ann Fam Med 2004 ; 6: 555-62.
31. Chodosh J, Miller-Martinez D, Aneshensel CS, Wight RG, Karlamangla AS. Depressive symptoms, chronic diseases, and physical disabilities as predictors of cognitive functioning trajectories in older Americans. Journal of the American Geriatrics Society 2010; 58: 2350-7.