

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ*

Health profile of older persons in a residential home

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2560

Volume 40 No.1 (January-March) 2017

พงษ์พรรณ อรุณแสง วท.ม.** ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ Ph.D.**** ประสพสุข ศรีแสนปาง ปส.ด.**

สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงษ์ ปส.ด.*** มยุรี สีทองอิน ปส.ด.*** นัตดา คำนิยม พย.ม.*** สุทินันท์ สุบินดี พย.ม.****

เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ ปส.ด.*** ศรีเทียน ตรีศรีรัตน์ วท.ม.** วรรณภา ศรีรัตนรัตน์ Ph.D.**

Pongpan Aroonsang MS.** Ladawan Panpanit Ph.D.**** Prasopsuk Srisaenpang Ph.D.**

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

Penchun Lertrat Ph.D.*** Sritian Trisirirat MS.** Wanapa Sritanyarat Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ 70 คน โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 70-79 ปี และเป็นหม้าย สุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลางและดีเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 31.4) และรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองดีกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน (ร้อยละ 45.7) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2-5 โรค สภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 40.0) และภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 41.5) ด้านสุขภาพสังคม พบมีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่ในระดับดี มีแหล่งสนับสนุนจากเงินบริจาค เจ้าหน้าที่บ้านพักเป็นผู้ดูแลหลัก ด้านความสามารถเชิงปฏิบัติ ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ร้อยละ 18.6) และในกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง 5 กิจกรรม (ร้อยละ 32.9 ถึงร้อยละ 87.1)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาพสุขภาพ บ้านพักผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research explored health profile of older persons resided in a residential home in the northeast of Thailand. Data were collected from 70 older person, using developed questionnaires and standard tools. Descriptive statistics were used for data analysis. Results, general information: most of elders person were: females; in young old ages of 70-79 yrs.; widows. Physical health: Elders equally perceived their health at moderate and fair levels (31.4%), and perceived their health as better than others (45.7%). Most older person had 2-5 diseases. Mental status: Of 40% of elders had depression and 41.5% had dementia. Social health: Relationships with the home's staffs were good. Main financial support was donation and main caretakers were residential home staffs. Functional abilities: Of 18.6% of older person had basic ADL dependency and had 5 instrumental ADLs dependency ranged from 32.9% to 87.1%.

keywords: older person, health profile, residential home

*Research Funding from Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associated Professor Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมสูงอายุ” คือการมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547¹⁻² และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่าหนึ่งปัญหา³ ปรากฏการณ์สังคมสูงอายุหรือการมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นนี้ สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนทั้งในชุมชน ในโรงพยาบาลและในบ้านพักผู้สูงอายุ การมีข้อมูลภาพสุขภาพ (health profile) ของผู้สูงอายุทั้งในสถาบันบริการและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีความจำเป็นสำหรับผู้ให้บริการทั้งบุคลากรทีมสุขภาพและทีมสังคมที่จะช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงไปของสถานการณ์ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะสุขภาพดีและช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อเวลาผ่านไป สุขภาพย่อมเสื่อมถอยลงตามอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น จนกระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถจัดบริการที่ตอบสนองกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุ มีการใช้คำหลายคำ อาทิ health status และ health state ที่หมายถึงสถานะสุขภาพ ภาวะสุขภาพ⁴⁻⁵ ส่วน health profile มีการใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ⁶⁻⁸ แต่ในประเทศไทยยังไม่เป็นที่นิยม และยังไม่มีคำบัญญัติใช้ในภาษาไทย ซึ่งคำว่า “profile” หมายถึงประวัติโดยย่อ รูปโครงร่างรูปวาด โครงร่างรูปโครงร่าง⁵ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า “health profile” หรือ “ภาพสุขภาพ” ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาภาพร่างของภาวะสุขภาพหรือภาพรวม (overview) ของผู้สูงอายุ⁹ โดยมุ่งจะได้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ไม่ได้ศึกษาลงลึกในประเด็นใดประเด็นหนึ่งโดยเฉพาะ และเนื่องจากคำว่า “health” ตามนิยามองค์การอนามัยโลกหมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทาง

ด้านร่างกาย สังคมและจิตใจประกอบกัน ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น⁹ สอดคล้องกับคำนิยามของพร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁴ อันเป็นความหมายที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา ดังนั้นแนวคิดภาพสุขภาพ (health profile) ของผู้สูงอายุจึงเป็นการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพดังกล่าว

ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่จำเป็นต้องเข้าพักอาศัยในสถาบันบริการทางสังคมหรือที่เรียกว่า สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุหรือบ้านพักคนชรา ตั้งแต่มีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อระยะเวลาผ่านไปภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุในบ้านพักส่วนหนึ่งกลับกลายเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ¹⁰⁻¹¹

ข้อมูลจากบ้านพักผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ทำการศึกษา ซึ่งได้ทำการสำรวจ เมื่อปี พ.ศ.2554 พบว่า มีผู้สูงอายุที่พักอาศัยจำนวนทั้งสิ้น 77 คน เป็นผู้สูงอายุชาย 35 คน และผู้สูงอายุหญิง 42 คน มีอายุเฉลี่ย 74 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความต้องการบริการทั้งทางสุขภาพและทางสังคม¹² จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านพัก ยังมีความจำกัด โดยเฉพาะข้อมูลภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติและติดตามอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่แนวโน้มจำนวนและความสูงอายุของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในภาครัฐและเอกชน¹³

การศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่มุ่งจะได้ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทุกมิติในมุมกว้าง ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพทางสังคมและความสามารถเชิง

ปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการวิเคราะห์ผู้สูงอายุแบบหลายมิติ (multi-dimensional assessment) หรือการประเมินผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (comprehensive geriatric assessment, CGA)¹⁴⁻¹⁶ เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยและในการจัดบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้สูงอายุและ/หรือผู้ดูแล ที่ดูแลผู้สูงอายุประจำและทราบข้อมูลผู้สูงอายุ ที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 70 คน เป็นผู้สูงอายุ 50 คนจากจำนวนทั้งหมด 76 คน เป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ข้อมูลร่วมกัน 14 คน และผู้ดูแล 6 คน

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล บ้านพักผู้สูงอายุของจังหวัดแห่งหนึ่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย เป็นแบบสอบถามและเครื่องมือประเมินมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ 2) สุขภาพกาย จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ 3) สุขภาพจิตและสภาพสมอง ได้แก่ แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ และแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ 30 คะแนน แปลผลตามระดับจุดตัดของ

แบบประเมินโดยคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ทดสอบ 4) สุขภาพสังคม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่บ้านพัก แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ด้านผู้ดูแลและด้านจิตสังคม และอื่น ๆ 5) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL, BADL) จำนวน 10 ข้อ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental ADL, IADL) ใช้แบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL) จำนวน 5 ข้อเครื่องมือวิจัยที่ใช้พัฒนามาจากชุดเครื่องมือวิจัยภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการตรวจร่างกายในบ้านพักผู้สูงอายุของ ผ่องพรรณอรุณแสงและคณะ (2552)¹⁶⁻¹⁸ เพื่อให้สามารถประเมินสุขภาพได้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 3 ท่าน พยาบาล 2 ท่านและหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุขนาดเล็กแห่งหนึ่ง¹⁸ จำนวน 30 คน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล และแบบประเมินดัชนีจุฬาเอดีแอล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือเท่ากับ 0.72, 0.88 และ 0.88 ตามลำดับ และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงด้วย KR-20 เท่ากับ 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มดำเนินการโดยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกอบรมและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลและการบรรณาธิการ (editing) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลโดยหัวหน้าโครงการวิจัย ให้กับทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ อาจารย์และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสามารถดำเนินการได้ตรงตามวัตถุประสงค์ หลังได้รับอนุญาตจากบ้านพักผู้สูงอายุและหน่วยงานที่รับผิดชอบ จึงดำเนินการเก็บข้อมูล

โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ เช่น ใบบินยอม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และข้อมูลจากแฟ้มประวัติสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยหลีกเลี่ยงช่วงเวลาที่คุณสูงอายุมีกิจกรรม รวมระยะเวลาสัมภาษณ์โดยประมาณ 25-30 นาที/คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE552086

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.4 และเพศชาย ร้อยละ 48.6 กลุ่มอายุวัยกลาง คือ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 42.9 รองลงมาอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30.4 อายุ 80-89 ปี ร้อยละ 27.5 และอายุ 90 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสหม้ายร้อยละ 52.9 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.6 สามารถอ่านและเขียนได้ ร้อยละ 45.7 อาชีพเกษตรกรเป็นเดิมก่อนอายุ 60 ปี ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 60.0 ปัจจุบันไม่ได้ทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ ส่วนใหญ่เข้าพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุนาน 1-5 ปี ร้อยละ 55.1 สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 78.6

2. สุขภาพทางกาย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองในระดับปานกลางและระดับดีในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 31.4 เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพตนเองดีกว่า ร้อยละ 45.7 และรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพเท่ากับคนอื่น ร้อยละ 32.9

2.2 โรคและการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 - 5 โรค ร้อยละ 47.1 ไม่

เคยเจ็บป่วยที่ได้รับการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ภายใน 1 เดือน ร้อยละ 50 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในรอบ 12 เดือน ร้อยละ 80 ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 72.9 มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันภายใน 2 สัปดาห์ ร้อยละ 85.7 ได้แก่ มีอาการปวดไม่สบาย ร้อยละ 54.3 นอนไม่หลับและปัสสาวะรด ร้อยละ 30 และร้อยละ 25.7 ตามลำดับ ส่วนโรคและการเจ็บป่วยที่พบภายใน 6 เดือน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคผิวหนังและมะเร็งจำนวนเท่า ๆ กัน ร้อยละ 82.9 รองลงมาคือโรคหัวใจและโรคไตเท่า ๆ กัน ร้อยละ 81.4 และโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุร้อยละ 37.1 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 กก./ม²) สุขภาพช่องปากพบว่า ร้อยละ 58.6 มีฟันเพียง 1-19 ซี่และ ร้อยละ 57.1 และไม่มีฟันคู่สบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือเครื่องช่วยเหลือ ร้อยละ 57.1 ที่มีการใช้มากคือ ไม้เท้า แวนตา และรถเข็นนั่งตามลำดับ

2.3 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุภายใน 6 เดือนเรียงตามลำดับใน 10 ปัญหา คือ มีปัญหาการเคลื่อนที่ เดินลำบาก ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 58.6 ปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 57.1 สูญเสียความจำ ชี้ลืม/ทบทวนความจำได้ยาก ร้อยละ 55.7 ปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 48.6 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 42.9 ปัญหาการรับประทานอาหาร ร้อยละ 41.4 ท้องผูก ร้อยละ 22.9 ปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 18.6 และกลิ่นอูจางระไม่ได้ ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ ด้านการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุมีอุบัติเหตุหกล้ม ร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่หกล้มนอกบ้านพักและในเวลากลางวัน มีความถี่ 1 ครั้งใน 6 เดือน สาเหตุจากการลื่นล้ม ความถี่ของการหกล้มมากที่สุดคือ 5 ครั้ง

2.4 พฤติกรรมสุขภาพ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติสม่ำเสมอ คือ ไม่ดื่มสุราหรือดื่มเบียร์ ร้อยละ 97.1 ไม่สูบบุหรี่หรือใช้ยาเส้น ร้อยละ 78.6 มีการเข้าร่วมกิจกรรม

ชุมชน ร้อยละ 70 ได้รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 54.3 ได้รับการตรวจร่างกายสม่ำเสมอและออกกำลังกายสม่ำเสมอเท่ากัน ร้อยละ 34.3 ทำงานอดิเรกสม่ำเสมอ ร้อยละ 20.0 และได้รับประทานผักและผลไม้ ร้อยละ 8.6 และได้รับอาหารเนื้อสัตว์ แป้ง ไขมัน เพียงพอในแต่ละวันน้อยที่สุด ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

3. สุขภาพจิตและสภาพสมอง (สภาพจิต)

พบว่า สุขภาพจิต ผู้สูงอายุไม่มีและมีภาวะซึมเศร้า ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 41.4 และร้อยละ 40.0 ตามลำดับ ขณะที่สภาพสมอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 41.5

4. สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

4.1 สัมพันธภาพกับบุคคลในบ้านพัก

พบว่าส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่และกับเพื่อนผู้สูงอายุอื่นในระดับดี ร้อยละ 44.3 และ 34.3 ตามลำดับ

4.2 แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแหล่งสนับสนุนด้านการเงินจากหลายแหล่ง ร้อยละ 72.9 โดย 3 ลำดับแรก คือ ได้รับจากเงิน

บริจาคร้อยละ 25.7 จากบุตร ร้อยละ 15.7 และหน่วยงานอื่น ๆ ร้อยละ 11.4 ด้านรายได้พิเศษพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีและไม่ระบุถึงรายได้พิเศษ ร้อยละ 60.0 กลุ่มที่ระบุว่ามีรายได้พิเศษส่วนใหญ่ได้จากการทำหัตถกรรม ร้อยละ 17.1 รองลงมา คือ จากการทำความสะอาดบ้าน ร้อยละ 5.7 รับจ้างทำสวน/ทำนา โดยเจ้าหน้าที่พาไป ร้อยละ 4.3

4.3 แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล พบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้ดูแล ร้อยละ 94.3 คือ เจ้าหน้าที่บ้านพัก ร้อยละ 81.4 เพื่อน ร้อยละ 20 และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล ร้อยละ 14.3 ซึ่งบางคนตอบมากกว่าหนึ่งข้อ

4.4 แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม พบว่า

บุคคลที่ไว้ใจสามารถพูดคุยปรึกษาได้ส่วนใหญ่เป็นเพื่อน ร้อยละ 31.1 ด้านบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อยามต้องการ ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่บ้านพัก ร้อยละ 38.6

ด้านบุคคลที่มาเยี่ยมเยียนเมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 17.1 ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ด้านบุคคลที่ไว้ใจส่วนใหญ่ ตอบว่าไม่มี และบุคคลที่ไว้ใจอันดับแรก คือเป็นเพื่อน ร้อยละ 31.4 ด้านบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อยามต้องการ ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่บ้านพัก ร้อยละ 38.6 ด้านบุคคลที่สามารถพูดคุยได้เมื่อเกิดความกังวลใจ ส่วนใหญ่เป็นเพื่อน ร้อยละ 30.0 และด้านบุคคลที่มาเยี่ยมเยียนเมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 17.1

5. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

5.1 ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพา ระดับเล็กน้อยหรือไม่พึ่งพา ร้อยละ 80 ในขณะที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 18.6 โดยมีภาวะพึ่งพาาระดับปานกลางและระดับรุนแรงในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 8.6 และมีภาวะพึ่งพาทั้งหมด 1 คน ร้อยละ 1.4 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพากิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เองส่วนใหญ่เป็นกิจกรรม การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน ร้อยละ 84.3 การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 81.4 การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย ร้อยละ 80 การอาบน้ำ ร้อยละ 77.1 การสวมใส่เสื้อผ้า ร้อยละ 75.7 การใช้ห้องสุขา ร้อยละ 71.4 การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ร้อยละ 70.0 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง ร้อยละ 65.7 การกลั่นปัสสาวะ ร้อยละ 62.9 และการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ร้อยละ 54.3

5.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาหรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยอิสระอยู่ระหว่าง ร้อยละ 32.9 ถึงร้อยละ 87.1 กิจกรรมกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้เองพบว่า การทำอาหารหรือเตรียมอาหาร ร้อยละ 87.1 การใช้บริการรถสาธารณะ ร้อยละ 74.3 การทำความสะอาดบ้าน ภูบ้านซักผ้า ร้อยละ 68.6 การทอนเงิน/แลกเงิน ร้อยละ 61.4 และในด้านการเคลื่อนที่

นอกบ้าน ร้อยละ 32.9 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ มีประเด็นการพิจารณา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาด้านลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย¹³ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.3 มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี ร้อยละ 47.3 สถานภาพสมรสเป็นหม้าย ร้อยละ 42.4 เกือบครึ่งไม่มีบุตร ร้อยละ 46.3 และสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ (residential apartment) แห่งหนึ่งของประเทศจีน¹⁹ คือ ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.8 อายุระหว่าง 70–79 ปี ร้อยละ 44.4% และมีสถานภาพสมรสหม้าย ร้อยละ 72.1% ด้านระยะเวลาอยู่อาศัย แม้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้เข้าพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุระหว่าง 1–5 ปี ร้อยละ 55.1% แต่พบว่า มีผู้ที่อยู่นานตั้งแต่ 6 ปี ถึง 30 ปี ถึง ร้อยละ 37.6 ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุนี้ ถือเป็นที่อยู่อาศัยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ภาพของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุนี้ จะแตกต่างจากภาพของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยที่บ้านและในชุมชน ที่ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้สูงอายุหญิง และเป็นหม้าย แต่มักจะมีผู้สูงอายุในช่วงกลุ่มวัยต้นมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ²⁰ แต่อย่างไรก็ตาม หลายการศึกษา พบว่า ลักษณะทางการศึกษาและอาชีพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรืออาชีวศึกษา นับถือศาสนาพุทธ และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลักคล้ายคลึงกับภาพจากการสำรวจของผู้สูงอายุของประเทศไทย²¹

2. สุขภาพทางกาย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะ

สุขภาพตนเอง เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพที่สำคัญ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเอง มีภาวะสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพแย่กว่า¹⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่ามีระดับปานกลางและดีเท่า ๆ กัน และรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองดีกว่าคนอื่น ในขณะที่การศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ ในชุมชน และในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพดีสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาลตามลำดับ²⁰ แสดงถึงการอยู่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่น่ายินพอใจได้ในระดับหนึ่ง

2.2 โรคและการเจ็บป่วย แม้จะพบส่วนใหญ่มีโรค 1 โรค แต่มีผู้ที่เป็น 2–5 โรค ถึงร้อยละ 47.1 โดย 5 ลำดับโรคที่เป็น คือเป็นโรคหัวใจและโรคไตเหมือนกัน ร้อยละ 82.9 เป็นโรคหัวใจและโรคไตเหมือนกัน ร้อยละ 81.4 และโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 80.0 ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ แต่ที่น่าสังเกต คือ การพบว่าเป็นโรคหัวใจโรคมากเป็นลำดับแรก ๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ไม่พบมีรายงานเกี่ยวกับโรคหัวใจโรคนี้เป็นสำคัญ^{11, 13, 16, 18–21} ทำให้มีข้อคำถามถึงสภาพการอยู่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุที่อาจส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อระหว่างกันของผู้สูงอายุในระหว่างการเข้าพักอาศัย ซึ่งรวมถึงอาจมีการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ของบ้านพักผู้สูงอายุซึ่งควรจะได้รับ การตรวจสุขภาพประจำปีต่อไปด้วย

2.3 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุที่ศึกษา เกินครึ่งหนึ่งมีปัญหาสำคัญ คือ ด้านการเคลื่อนที่ การมองเห็น และสูญเสียความจำ ตามลำดับซึ่งเป็นภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาในบ้านพักผู้สูงอายุขนาดเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นพบ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียความจำ และการมองเห็นสูงสุด รองลงมาคือ ปัญหาการเคลื่อนที่

การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้และท้องผูก ตามลำดับ¹⁸ ในขณะที่การศึกษาของ ประเทศจีน พบปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหาทางการเคลื่อนไหว กลืนปัสสาวะไม่ได้ หลงลืม กลืนอาหารไม่ได้และปัญหาทางสายตา ตามลำดับ¹⁹ รวมถึงปัญหาการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ซึ่งการมีปัญหานี้จำเป็นต้องได้รับการเอาใจใส่เพราะเป็นสาเหตุของความไม่สุขสบาย ภาวะทุพพลภาพ พิกุล และทำให้มีความจำกัดในการทำหน้าที่ในสังคมและร่วมกับบุคคลอื่น อีกทั้งยังต้องการผู้ดูแลใกล้ชิดที่เข้าใจในปัญหาเฉพาะนี้ด้วย

2.4 พฤติกรรมสุขภาพ ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติสม่ำเสมอคือ ไม่ดื่มสุราหรือดื่มเบียร์ ไม่สูบบุหรี่หรือใช้ยาเส้น มีการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ได้รับประทานอาหารเสริม ได้รับการตรวจร่างกายสม่ำเสมอและออกกำลังกายสม่ำเสมอเท่ากัน ทำงานอดิเรกสม่ำเสมอ ขณะที่การได้รับสารอาหารที่เพียงพอของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 37.1) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ และเมื่อถามเกี่ยวกับการได้รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ แป้ง ไขมันที่เพียงพอในแต่ละวัน รวมถึงการได้รับผักและผลไม้ พบมีผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่ได้รับ แสดงถึงปัญหาทางความมั่นคงด้านอาหารของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ ทั้งด้านความพอเพียงของประเภทและสัดส่วนของสารอาหารที่อาจต้องการการจัดการอย่างเหมาะสมโดยผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

3. สุขภาพจิตและสภาพสมอง (สภาพจิต) สุขภาพจิตและสภาพสมอง ถือเป็นปัญหาที่เด่นชัดของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุในการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40.0 มีภาวะซึมเศร้า และสงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 41.5 ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คล้ายคลึงกับการศึกษาในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย¹³ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักเกือบ 1 ใน 3 (ร้อยละ 29.5) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

ถึงรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อม ถึงร้อยละ 41.6 และจากการศึกษาผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานที่พักผู้สูงอายุของสาธารณรัฐประชาชนจีน¹⁹ พบผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ประมาณ 1 ใน 5 มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าในประเทศไทย ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของผู้สูงอายุชาวจีนที่มีวิถีชีวิตแตกต่างและประเภทของบ้านพักผู้สูงอายุของประเทศจีนที่มีสังกัดเป็นสถานบริการทางสุขภาพ ในขณะที่บ้านพักผู้สูงอายุของไทยมีสังกัดเป็นสถานบริการทางสังคม จึงทำให้กลุ่มผู้ใช้บริการมีลักษณะที่แตกต่างกัน ในด้านนี้ อย่างไรก็ตามปัญหาด้านสภาพจิตและสภาพสมองถือเป็นปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุรูปแบบต่าง ๆ จึงพบเห็นว่า สถานดูแลผู้สูงอายุของไทยบางแห่ง มีการจัดที่พักแบบ “เรือนคนหลง” เพื่อความสะดวกในการดูแล ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดหรือก่อให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นได้เช่นกัน ดังนั้น ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุ ควรตระหนักถึงปัญหานี้และควรจัดให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง วินิจฉัยบำบัด ดูแล รักษา และส่งต่อ รวมถึงมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสภาพจิตและสภาพสมองที่อยู่ในระยะต่าง ๆ กลุ่มนี้ด้วย

4. สุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือ เจ้าหน้าที่ของบ้านพัก ร้อยละ 80 พบว่าส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่และกับเพื่อนผู้สูงอายุอื่นในระดับดี ข้อดีของการอยู่บ้านพักผู้สูงอายุประการหนึ่ง คือ การที่ผู้สูงอายุได้มีเพื่อนและได้มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมทางสังคม ซึ่งพบว่าหนึ่งในสามของผู้สูงอายุในการศึกษานี้ มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีโอกาสทำงานทำให้มีรายได้พิเศษเพิ่มเติมด้วย ซึ่งผู้รับผิดชอบบ้านพักผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและทำงานเพื่อเสริมรายได้เพื่อคงหรือเพิ่มศักยภาพในการ

ทำกิจกรรมตามความชอบและตามความถนัดอันจะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมีส่วนร่วมกับชุมชนและสังคมด้วย

5. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การที่ผู้สูงอายุยังคงความสามารถเชิงปฏิบัติในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องอย่างอิสระจะช่วยชะลอและลดภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุได้การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรมในระดับเล็กน้อย แต่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง 5 กิจกรรมมากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการการดูแลหรือการบริการในระดับต่ำ (low care) มากกว่าการดูแลหรือการบริการในระดับสูง (high care) ทั้งนี้เป็นไปตามลักษณะของสถานบริการทางสังคมมากกว่าลักษณะสถานบริการด้านสุขภาพ แตกต่างจากการศึกษาสถานที่พักผู้สูงอายุในประเทศจีน¹⁹ ที่มีภาวะพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรมในระดับรุนแรง ถึงประมาณ 1 ใน 3 หรือ ร้อยละ 34.2 และพักอาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุที่อยู่ในสังกัดของสถานบริการทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย ยังมีสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องการการดูแลหรือการบริการในระดับสูง (high care) คือ มีภาวะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในระดับมากถึงพึ่งพาทั้งหมดรวมกับมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ แต่ด้วยข้อจำกัดของการเป็นสถานบริการทางสังคมจึงไม่สามารถจัดให้บริการทางสุขภาพในบ้านพักได้ จึงทำให้ต้องแสวงหาความร่วมมือในการส่งผู้สูงอายุไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งบางครั้งก็ต้องเข้ารับการดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน การติดตามข้อมูลภาวะพึ่งพานี้อย่างต่อเนื่อง จะสามารถใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการจัดอัตรากำลังทั้งประเภทและจำนวนของบุคลากรผู้ดูแลของสถานบริการผู้สูงอายุ ตลอดจนในการจัดบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบสถานการณ์ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุได้ อาทิ การจัดทำแผนการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น การจัดทำโครงการ/แผนงานการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (individual rehabilitation plan: IRP) และโครงการ/แผนงานการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุรายกลุ่ม (group rehabilitation plan: GRP) โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต และโครงการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาติดตามภาพสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (cohort study) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาควรได้รับการพัฒนาต่อเป็นชุดประเมินภาพสุขภาพผู้สูงอายุ (minimum data set) ในสถาบันที่ให้บริการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ที่จะสามารถสะท้อนภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญในบริบทของบ้านพักผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน และเพื่อใช้ในการศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงภาพสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

References

1. Office of Promotion and Protection of Children, Youth, the elderly, and Vulnerable Groups. Situation of the Thai Elderly 2004. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2003. (in Thai)
2. Chunharat S, editor. Situation of the Thai Elderly 2007. Thai Geriatric Research and Development Institute. [Internet]. Bangkok: TQP; 2008.

- [cited 2007 December 7]. Available from <http://www.thaitgri.org>.
3. Jitapunkul S. Principles of Geriatric Medicine. 3rded., Bangkok: Chulalongkorn Press; 2001. (in Thai)
4. National Health Commission Office of Thailand. National Health Act B.E. 2550. 1sted. Non-thaburi: Wiki Co; 2009. (in Thai)
5. Dictionary, online. [Internet]. [cited 2016 July 5]. Available from <http://www.online-english-thai-dictionary.com/?word=stated=1&m=0&p=1>.
6. Administration on Aging. A profile of older Americans 2011 [Internet]. [cited 2010 April 22]. Available from http://www.aoa.gov/Aging_Statistics/Profile/index.aspx.
7. Public Health England. Public Health Profiles: Health Profiles [Internet]. [cited 2010 April 22]. Available from <http://fingertips.phe.org.uk/profile/health-profiles>.
8. 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.
9. World Health Organization, Institution of the World Health Organization. Chronicle of the World Health Organization; 1947; 1(1-2): 29-43.
10. BahnBangkae Senior Citizen's Home. Self-Assessment Report. Bangkok: Center for Elder Development and Social Welfare; 2005. (in Thai)
11. ChoowattanapakornT, Pothoban L, Rhiantong J. Care of Older persons with dependency in Senior Citizen's Home. Nursing Journal 2008; 35(1): 36-45. (in Thai)
12. BahnMahaSaragam Senior Citizen's Home. MahaSaragam Province, 2011. (in Thai)
13. Sasat S, Choowattanapakorn T, Pukdeeprom T, Lertrat P, Aroonsang P. Long Term Care institutes in Thailand. J Health Res 2013; 27(6): 413-7. (in Thai)
14. Australian Health Ministers' Advisory Council [AHMAC] Care of Older Australian Working Group. A guide for assessing older people in hospitals. Melbourne, Victoria: The Metropolitan Health and Aged Care Service Division, Victorian Government Department of Human Services; 2004. [cited 2009 March 25]. Available from <http://www.health.vic.gov.au/acute-agedcare/assessing-older-people.pdf>.
15. New Zealand Guidelines Group. Assessment processes for older people; 2003. [Internet]. [cited 2009 July 6]. Available from http://www.nzgg.org.nz/guidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineCatID=25&guidelineID=30.
16. Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P, Subindee S, Surit P, Thernant A, et.al., Health profile of older persons in health care institution and community-based care settings. Journal of Nursing Science and Health 2012; 15(2): 15-24. (in Thai)
17. Aroonsang P. Nursing care for older persons' health problems. KhonKaen: Klung Nana; 2011. (in Thai)
18. Aroonsang P. Report on health profile of older persons in Saint Joseph Home. KhonKaen: 2010. (in Thai)
19. 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.
20. Sritanyarat W, Aroonsang P, Surit P, Lertrat P, Thernut A, Amornkitbumrung S, et.al. Research project on health care model in institution and in community: Case studies of Thailand and P.R. China; 2008.
21. Institute of Geriatric Medicine, Department of Health, Ministry of Health. Survey of health status of older persons in 4 regions of Thailand. Nonthaburi: Agricultural Community Cooperative Thailand; 2006. (in Thai)