

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*

Factors Affecting Functional Status of Hospitalized Older Persons*

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) 2554
Volume 34 No.2 (April-June) 2011

บุศรา ศรีคำเวียง พย.ม.** พองพวรรณ อรุณแสง จก.ม.*** วิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์ ค.ม.***

Busara Srikhamwang MSN.** Pongpan Aroonsang M.Sc.*** Wilawan Phanphruk M.Ed.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ และอำนาจการทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 145 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและเครื่องมือประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา มีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนเข้ารับการรักษาแรกรับ และก่อนจำหน่ายเท่ากับ 17.98, 7.09, 12.60 คะแนน ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระยะแรกรับคือ อายุ ($r=-.250, p<.01$) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($r=-.457, p<.01$) สภาพสมอง ($r=.270, p<.01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($x^2=10.01, p<.05$) และในระยะก่อนจำหน่าย คือ อายุ ($r=-.263, p<.01$) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($r=.261, p<.01$) สภาพสมอง ($r=.266, p<.05$) การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติ ($r=-.188, p<.05$) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ($r=.232, p<.01$) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ($x^2=3.86, p<.05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($x^2=10.38, p<.05$) และภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล ($x^2=10.25, p<.01$) ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและสภาพสมอง ร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกรับได้ร้อยละ 17.8 ($R^2=.178$) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และสภาพสมอง ร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย ได้ร้อยละ 18.9 ($R^2=.189$)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผล ความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้สูงอายุ

Abstract:

The purpose of this predictive study was to explore the functional status and examine the predictability of factors related on functional status of 145 older persons in hospitalization. Data were collected by using standard questionnaires and assessment tool. Data was analyzed by using descriptive statistics, pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression. The research findings are as follows :

The mean score of basic activities daily living of the hospitalized prior to admission, at admission and before discharge were 17.98, 7.09 and 12.60 respectively. Factors that were significantly correlated with BADLs the first admission were age ($r=-.250, p<.01$), severity of illness ($r=-.457, p<.01$), cognitive status ($r=.270, p<.01$), and self-perceived health ($x^2=10.01, p<.05$) and before discharge were age ($r=-.263, p<.01$) severity of illness ($r=.261, p<.01$) cognitive status ($r=.266, p<.05$) participating on of the care of caregivers ($r=-.188,$

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กุณสับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

$p < .05$) length of stay ($r = .232$, $p .01$) urinary incontinence ($r^2 = 3.86$, $p < .05$) self perceived health ($\chi^2 = 10.38$, $p < .05$) and complication during hospitalization ($\chi^2 = 10.25$, $p < .01$). Severity of illness and cognitive status were selected as significant predictors. They explained 17.8 percent ($R^2 = .178$) of the variance of BADLs at the first admission. Urinary incontinence and cognitive status were selected as significant predictors. They explained 18.9 percent ($R^2 = .189$) of the variance of BADLs before discharge

keywords: factors affecting, functional status, older persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย พบประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว¹ โดยในปี พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4, 10.5 และร้อยละ 10.7² ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคเรื้อรังโดยมีสัดส่วนสูงกว่าทุกกลุ่มวัย มีการเจ็บป่วยหลายโรคพร้อมๆ กันในคนๆ เดียว โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย³ ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสุขภาพกลุ่มใหญ่ จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด 4,395, 4,835 และ 5,326 ราย ตามลำดับ⁴

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ความสามารถในการรักษาสสมดุลของร่างกายและภูมิคุ้มกันลดลง ร่วมกับมีโรคเรื้อรังหลายโรค การเจ็บป่วยมักจะมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ทำให้มีอาการและอาการแสดงของโรคที่ไม่ชัดเจน อาการมักรุนแรงและทรุดลงอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษา⁵ จากลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุทำให้มีความยากลำบากในการประเมิน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางครั้งก็ก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อนตามมา เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ (functional decline) และมีภาวะพึ่งพาในที่สุด^{6,7} ใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพและเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น⁸

ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพ ความผาสุก และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สะท้อนถึงการผสมผสานการทำหน้าที่ทางกาย จิต และสังคม โดยประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม⁹ ความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เป็นการผสมผสานกันระหว่างความสูงวัย โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล⁹ โดยอาจเป็นอยู่ชั่วคราวหรือยาวนานจนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่และปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านการพัฒนาความรู้ และใช้เป็นแนวทางสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

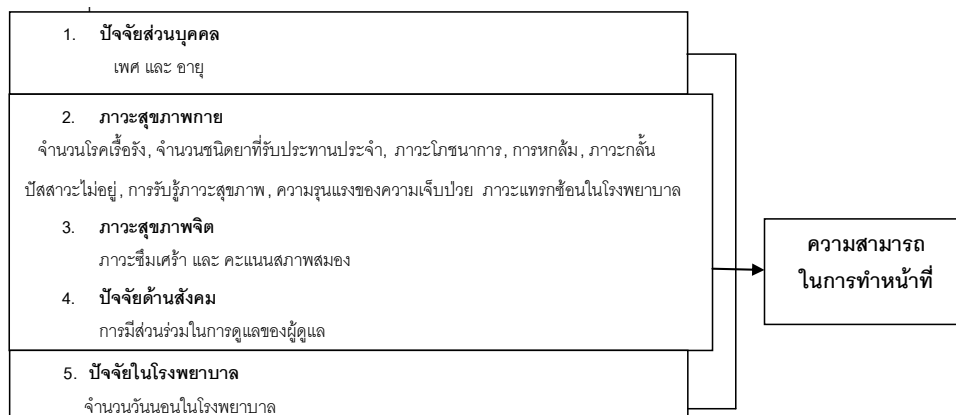
1. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับทฤษฎี

และความรู้ด้านผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ โดยปัจจัย

ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ดังแสดงไว้ในกรอบแนวคิด



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามตัวแปร

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activities daily of living) ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาระหว่างการนอนในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเมินโดยใช้แบบประเมินบาร์เทิลเอตี้แอลประยุกต์^๑

2. จำนวนโรคเรื้อรัง หมายถึง จำนวนโรคเรื้อรังทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่มีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่องหรือความไม่สมบูรณ์ทางร่างกาย โดยผลที่ตามมาคือ มีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการดูแลจากผู้ดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพของการเจ็บป่วยนั้น^๒

3. การหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลเสียการทรงตัวโดยไม่ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอกทำให้ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้น หรือปะทะกับสิ่งของต่าง ๆ ประเมินได้จากคำถามคัดกรองการหกล้มคือ การเคยหกล้มในระยะ 6 เดือนก่อนเข้ารับการรักษานี้

4. ภาวะโภชนาการ หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลอันเป็นผลมาจากสารอาหารต่าง ๆ ที่ร่างกายได้รับจากอาหารที่บริโภค และการใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย ประเมินดัชนีมวลกาย

5. ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การที่มีปัสสาวะเล็ด รดรดโดยไม่ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ ประเมินจากคำถามคัดกรอง การมีปัสสาวะเล็ด รดรดโดยไม่ตั้งใจ ก่อนเข้ารับการรักษานี้

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันขณะเข้ารับการรักษานี้

7. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุประกอบด้วย ความรุนแรงทางด้านสรีระ อายุ โรคเรื้อรัง และความรู้สึกตัว ประเมินได้จากแบบประเมิน APACHE II¹⁰

8. ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล หมายถึง ภาวะอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในขณะที่เข้ารับการรักษานี้ ที่มีผลจากการเข้ารับการรักษานี้ ประเมินจากแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

9. ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีอาการเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

เฉื่อยชา รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า¹¹

10. สภาพสมอง หมายถึง สภาพสมองของผู้สูงอายุที่แสดงถึงการทำหน้าที่ด้านกระบวนการคิด รับรู้ จดจำ สมาธิ การคำนวณ การระลึกได้ และการใช้ภาษา ประเมินจากแบบทดสอบ MMSE - Thai 2002¹²

11. การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติ หมายถึง กิจกรรมที่ญาติได้ปฏิบัติดูแลหรือให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรินครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power analysis)¹³ $\alpha = .05$ Power. 80 ขนาดของความสัมพันธ์ (effect size) ปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 123 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 145 ราย เป็นผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเก็บข้อมูล

ได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองในหอผู้ป่วยที่กำหนด โดยทำการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพกาย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า MMSE-Thai 2002 แบบประเมินบาร์เทิลเอดีแอล และแบบประเมิน APACHE II และเก็บข้อมูลในวันจำหน่ายด้วยแบบประเมินบาร์เทิลเอดีแอล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแล แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพกาย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคเรื้อรัง ยาที่ใช้ประจำ ค่าดัชนีมวลกาย ประวัติการเคยหล่น ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า⁹ คำถาม 9 ข้อ เลือกได้ 2 คำตอบคือ “มี” และ “ไม่มี” ถ้าตอบคำถามว่า “มี” เท่ากับหรือมากกว่า 5 ข้อบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

3. แบบทดสอบสภาพสมอง MMSE-Thai 2002¹⁰ ประเมินการทำหน้าที่ของสมอง จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้วัน เวลา การรับรู้สถานที่ การจดจำ สมาธิ การคำนวณ การระลึกได้ และการใช้ภาษา คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมด 30 คะแนน

4. แบบประเมินบาร์เทิลเอดีแอลประยุกต์ (Modified Barthel ADL)⁵ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ คือ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ คะแนนรวม 20 คะแนน คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย คะแนน 9-11 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง คะแนน ≥ 12 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก

5. แบบประเมิน APACHE II⁸ เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านร่างกาย ประเมินความรุนแรงด้านสรีระ อายุ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คะแนน 71 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก

6. แบบบันทึกการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น บันทึกอาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัยของแพทย์

7. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 30 ข้อ คะแนนรวม 120 คะแนน แบ่งระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล 3 ระดับ คือ 30-60 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลน้อย 61-90 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลปานกลาง 91-120 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 20 ราย แบบประเมินบาร์เทิลเอ็ดแอล MMSE-Thai 2002 แบบประเมิน APACHE II แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลได้ค่าความเที่ยง cronbach's alpha coefficient 0.87, 0.73, 0.70 และ 0.95 ตามลำดับ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ค่าความเที่ยง Kuder-Richardson-20 เท่ากับ 0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC for window version 11.5 ด้วยสถิติเชิงบรรยาย หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มคือ เพศ หกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล ด้วยสถิติ chi-square test หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรค่าต่อเนื่องคือ อายุ จำนวนชนิดยา ภาวะซึมเศร้า สภาพสมอง ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแล และวันนอนโรงพยาบาล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและหาอำนาจการทำนายโดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณขั้นตอน (stepwise multiple regression) นัยสำคัญ.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 ราย เป็นผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 50.3 และชายร้อยละ 49.7 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคในระบบประสาทสมองและการไหลเวียนโลหิต โรคที่พบบ่อยคือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน ผู้ดูแลทั้งหมด 145 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 อายุเฉลี่ย 47.71 ปี ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 59.3 และให้การดูแลผู้สูงอายุทุกวันร้อยละ 86.9

ความสามารถในการทำหน้าที่

ความสามารถในการทำหน้าที่ประเมินได้จากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้ารับ

การรักษา แกร็บ และก่อนจำหน่าย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.98 คะแนน (พิสัย 3- 20, SD =3.54) 7.09 คะแนน (พิสัย 0-18, SD=4.41) และ 12.60 คะแนน (พิสัย 1-18, SD=4.28) ตามลำดับ

ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานก่อนเข้ารับการรักษา และก่อนจำหน่ายได้มาก และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกรับได้น้อย โดยพบว่าก่อนเข้ารับการรักษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถขึ้น-ลงบันไดได้ รองลงมาคือไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ และไม่สามารถอาบน้ำได้เอง เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจะลดลงทุกกิจกรรม กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้น้อยคือ ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ และไม่สามารถใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขาได้ และเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เพิ่มขึ้น แต่ยังคงต่ำกว่าก่อนเข้ารับการรักษา กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้น้อยคือไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ไม่สามารถอาบน้ำได้ และไม่สามารถใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขาได้

ลักษณะปัจจัยที่ศึกษา ผลศึกษาแบ่งออกเป็นภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม และปัจจัยในโรงพยาบาล ดังนี้

ภาวะสุขภาพกาย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีโรคเรื้อรังร้อยละ 84.1 จำนวนโรคเรื้อรังเฉลี่ย 2.17 โรค พบผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังในคนๆเดียว สูงสุด 7 โรค ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีมารับประทานประจำ ร้อยละ 82.1 จำนวนชนิดยาเฉลี่ย 5.13 ชนิด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายในระดับปกติ (BMI 18 - 24.9 กก./ม.2) ผู้สูงอายุเคยมีการหกล้ม 6 เดือนก่อนเข้ารับการรักษา ร้อยละ 18.6 จำนวนครั้งของการหกล้มเฉลี่ย 1.3 ครั้ง ผู้สูงอายุมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 24.8 และไม่สามารถกลืนปัสสาวะอยู่ในปริมาณมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลางร้อยละ 58.8 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเมื่อแรกรับมีคะแนนเฉลี่ย 13.23 คะแนน และมีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลร้อยละ 6.9 คือภาวะติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ

ภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.2 มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และมีคะแนนสภาพสมองต่ำกว่าปกติร้อยละ 38.3 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เรียนระดับประถมศึกษา และเรียนสูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 3.2, 32 และร้อยละ 7.4 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านสังคม คะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแล 73.88 คะแนน (SD =15.51) จากคะแนนเต็ม 120 คะแนน ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.5 มีส่วนร่วมในการดูแลปานกลาง ร้อยละ 20 มีส่วนร่วมการดูแลน้อย และร้อยละ 14.5 มีส่วนร่วมในการดูแลมาก กิจกรรมที่มีการดูแลสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารและน้ำ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อน และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ปัจจัยในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.87 วัน (พิสัย 3-41, SD= 8.64) ค่ากลาง (median) 8 วัน จำนวน 13 ราย (9.0%) ค่าความถี่มากที่สุด (mode) 6 วัน จำนวน 18 ราย (12.4%) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการทำหน้าที่

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความสามารถในการทำหน้าที่ระยะแรกเริ่ม และก่อนจำหน่าย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r=-.250, p<.01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($x^2=10.01, p<.05$) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($r=-.457, p<.01$) และคะแนนสภาพสมอง ($r=.270, p<.01$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r=-.263, p<.01$) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ($x^2=3.87, p<.05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($x^2=10.38, p<.05$) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($r=-.261, p<.01$) ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล ($x^2=10.25, p<.01$) สภาพสมอง ($r=.226, p<.05$) การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติ ($r=-.188, p<.05$) และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ($r=-.232, p<.05$)

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความสามารถในการทำหน้าที่แรกเริ่มและก่อนจำหน่ายคือ

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและสภาพสมองร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกเริ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 17.8 ($R^2=.178$) (ตารางที่ 1) ได้สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z = -327z \text{ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย} + .233z \text{ คะแนนสภาพสมอง}$$

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกเริ่ม

ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	b	β	F- change	t	P-value
ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	.353	.125	.125	-.294	-.353	12.990	-3.604	.001
ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	.422	.178	.054	-.272	-.327	9.778	-3.405	.001
สภาพสมอง				.199	.233		2.423	.017

Constant = 7.945; SEE (Std. Error of estimate) = 2.002

ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และสภาพสมองร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานก่อนการจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .01 มีสัมประสิทธิ์การทำนายร้อยละ 18.9 ($R^2=.189$) (ตารางที่ 2) ได้สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z = -.373z \text{ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่} + .258z \text{ คะแนนสภาพสมอง}$$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย

ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	b	β	F- change	t	P-value
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	.350	.123	.123	-2.248	-.350	12.718	-3.566	.001
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	.435	.189	.066	-2.395	-.373	7.354	-3.914	.000
สภาพสมอง				.145	.258		2.712	.008

Constant = 12.178; SEE (Std. Error of estimate) = 1.052

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ได้สรุปประเด็นการอภิปรายได้ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกเริ่มลดลงจากก่อนเข้ารับการรักษา โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้น้อยมีคะแนนเฉลี่ย 7.09 คะแนนจากผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงโดยเฉพาะใน 2 วันแรกที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยทำให้ผู้สูงอายุมีพลังงานสำรองลดลง ร่วมกับการเจ็บป่วยจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เมื่อเข้ารับการรักษา แผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับที่มีผลต่อการจำกัดการเคลื่อนไหวได้แก่ การให้สารน้ำ การใส่สายสวนปัสสาวะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคยและแบบแผนความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้สูงอายุจึงนอนอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ การขาดการเคลื่อนไหวและการนอนบนเตียงจะมีผลต่อระบบโครงสร้างของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แขนและขา ตลอดจนซึ่งจะมีผลต่อการทำกิจกรรม การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การลุกขึ้นยืน และการขึ้น-ลงจากเตียง⁴ จากการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกเริ่มลดลงทุกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้น้อยคือ ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในห้องได้ และไม่สามารถใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วมได้ และเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เพิ่มขึ้นจากแรกเริ่ม

แต่ยังมีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้น้อย คือ ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในห้องได้เอง ไม่สามารถอาบน้ำได้เอง และไม่สามารถใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปริดา มั่นคงและคณะ¹⁴ ที่ทำการศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2 วันแรกลดลงทุกกิจกรรม และเพิ่มขึ้นเมื่อจำหน่าย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ จากการศึกษาที่พบว่า

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกเริ่มและก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัย ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง สมรรถภาพของร่างกายโดยเฉลี่ยลดลง สมรรถภาพในการประกอบกิจต่าง ๆ จะลดลงจนถึงช่วงอายุ 80-85 ปี เป็นผลให้สมรรถภาพที่คงเหลืออยู่ค่อนข้างต่ำ⁵ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก จากการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกเริ่มลดลงตามกลุ่มอายุคือ ผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลางและวัยปลาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.76, 6.75 และ 5.50 คะแนน และก่อนจำหน่ายเท่ากับ 13.35, 12.67 และ 9.65 คะแนน ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของ Volpato et al¹⁵ ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกเริ่มและก่อนจำหน่าย ($p < .05$) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินภาวะสุขภาพตนเองในภาพรวม บ่งบอกภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างเป็นองค์รวมของผู้สูง

อายุ เป็นความคิดเชิงบวกและลบต่อภาวะสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Wong et al.¹⁶ ที่ทำการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานน้อย

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยผู้สูงอายุมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีแนวโน้มพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความยุ่งยากในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะมากขึ้น จากการนอนบนเตียงที่มีระดับสูงทำให้ลงจากเตียงลำบาก การมีสายต่างๆ เช่น สายให้สารน้ำ ผู้สูงอายุจึงมีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพิ่มขึ้นในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล จึงมีความต้องการในการช่วยเหลือกิจกรรมเพิ่มขึ้น ได้แก่ การพาไปห้องน้ำ การช่วยเหลือภายหลังการขับถ่ายรวมทั้งการทำความสะอาดร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Holroyd-Leduc et al.¹⁷ ที่ทำการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและต่อเนื่องได้น้อยลง

ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกรับและก่อนจำหน่าย ($p < .01$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีโรคเรื้อรังหลายโรค การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุจึงจะมีความรุนแรงพินัยชั่ว ส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sleiman et al.¹⁸ ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากจะสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย จากการศึกษาผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อปอดอักเสบจากเชื้อในโรงพยาบาล

และติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 5 ราย มีผลกดทับ 2 ราย ผู้สูงอายุจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันและผลจากโรคเรื้อรัง ส่งผลให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรง ส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al.¹⁹ ที่ทำการศึกษาพบว่า การมีผลกดทับที่เกิดขึ้นขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ภายหลังการจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ

สภาพสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแรกรับและก่อนจำหน่าย ($p < .01$) ผู้สูงอายุที่มีร่างกายปกติจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยต้องใช้สมองเกี่ยวกับความจำ การวิเคราะห์ข้อมูล การตัดสินใจและการกระทำ การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.7 มีคะแนนสภาพสมองในระดับปกติ และร้อยละ 38.3 มีคะแนนสภาพสมองอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนสภาพสมองอยู่ในระดับปกติ จะสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกรับและก่อนจำหน่ายได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Volpato et al.¹⁵ ที่ทำการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของสภาพสมอง มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย ($p < .05$) ญาติผู้ดูแล เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ญาติจะเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับปานกลาง โดยมีกิจกรรมที่ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมาก มีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารและน้ำ รองลงมาคือการดูแลให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อน ซึ่งหลักการการดูแลที่กำหนดให้ครอบครัว

มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ การตระหนักถึงปัญหา และมีส่วนร่วมในการดูแล^{20,21} จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อน จำหน่าย ($p < .01$) ผู้สูงอายุที่มีวันนอนนานจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al¹⁹ ที่ทำการศึกษาพบว่าจำนวนวันนอน มีความสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ขณะจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้จากการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยและสภาพสมองร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานแรกรับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความรุนแรงด้านสรีระร่วมกันปัจจัยด้านอายุและโรคเรื้อรัง ความสูงวัยและการมีโรคเรื้อรังหลายโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง

และยังพบว่า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และสภาพสมอง ร่วมกันทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานก่อนจำหน่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่แสดงถึงความผิดปกติของการทำหน้าที่ของการควบคุมระบบการขับถ่าย ถ้ามีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมองร่วมด้วยจะส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ย่อมส่งผลต่อการดูแลการขับถ่ายด้วย

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนเข้ารับการรักษา และก่อนจำหน่ายในระดับมาก และแรกรับอยู่ใน

ระดับต่ำ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงควรมีการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่แรกรับต่อเนื่องถึงจำหน่าย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามความก้าวหน้า วางแผนการดูแลป้องกันความเสื่อมถอยของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม พัฒนาส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมให้ดีขึ้นตามศักยภาพ และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ความรุนแรงความเจ็บป่วย สภาพสมอง ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่จึงควรมีการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างครอบคลุม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยในการทำนายปัจจัยเสี่ยง และใช้ในการวางแผนและการจัดการดูแลในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา สุวิทวัส เนตรชนก แก้วจันทา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553; 33 (4) : 20-28
2. วิทยาลัยประชากรศาสตร์.สถิติสำคัญผู้สูงอายุไทย 2550. ค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2551, จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/th_pop_base.htm-216k-
3. ชื่นตา วิชชาวุธ, นภาพร ชโยวรรณ, ยุพา วงศ์ไชย, ประคอง อินทรสมบัติ และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552.
4. หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ปี 2548 -2550. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น . (เอกสารอัดสำเนา); 2551.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

6. วิมล วงศ์หนู. ผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553; 33 (4) : 28-37
7. ชญาณิณทร์ศรีมีมาสเมืองเจียมจิตแสงสุวรรณ. ภาพพจน์ของสมรรถภาพสมองในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32 (4) : 14-22.
8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การดูแลโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
9. King BD. Functional decline in hospital elders. Medsurg Nurs 2006; 15(5): 265-71.
10. Knaus WA, Draper E A, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. Crit Care Med 1985; 13(10): 818-29.
11. อรพรรณ ทองแดง, แสงจันทร์ วิณิกานนท์, กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, ประกอบ ผู้บุญลย์สุข, เอียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และคณะ. การวิจัยเพื่อพัฒนาคู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตัวเอง ในผู้สูงอายุไทย, กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล; 2544.
12. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
13. Polit DF, Hungler BP, Nursing Research Principles and Methods. 6thed. Philadelphia: J.B.Lippincott; 1999.
14. สุปรีดา มั่นคง, เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ทิพวรรณ ไตรติลานนท์, พงนิ รอดจินดา, สุนทรี เจียรวิทยกิจ. ความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการดูแลของผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2549; 12(3): 318-31.
15. Volpato S, Onder G, Cavalieri M, Guerra G, Sioulis F, Maraldi C, et al. Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization. J Gen Intern Med 2007; 22(5): 668 -74.
16. Wong DD, Wong RPC, Caplan GA. Self-rated health in the unwell elderly presenting to the emergency department. Emerg Med Aust 2007; 19: 196-202.
17. Holroyd-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky KE. Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. J Am Geriatr Soc 2004; 52(5): 712-18.
18. Sleiman I, Rozzini R, Barbisoni P, Morandi A, Ricci A, Giordano A, et al. Functional trajectories during hospitalization: A prognosis sign for elderly patients, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2009; 1-5.
19. Wu HY, Sahadevan S, Ding YY. Factors associated with functional decline of hospitalized older persons following discharge from an acute geriatric unit. Ann Academy Med 2006; 35: 17-23.
20. พัทธนี สมกำลัง. ทำไมพยาบาลจึงต้องมีทักษะในการดูแลครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551; 31(3) : 70-5.
21. อัมพรพรรณ อีรานูตร สุจิตรา เหลืองอมรเลิศวรรณภา ศรีธัญรัตน์ นิตย์ ทศนิยม สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32 (1) :1-11.