ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง*

Health Profile of Hospitalized Older Presons in A Community Hospital*

บทความวิจัย
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 33 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2553
Volume 33 No. 4 (October-December) 2010

วิมล วงศ์หนู พย.ม พ่องพรรณ อรุณแสง วท.ม.*****
Wimol Wongnoo MSN. Pongpan Aroonsang M.Sc*****

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 209 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามและเครื่องมือประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ ผลการศึกษา พบว่า ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลางและวัยปลายร้อยละ 42.1, 40.2 และ 17.7 ตามลำดับ สุขภาพกายของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.2 มีโรคเรื้อรังประจำตัว ร้อยละ 80 มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 18.2 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุร้อยละ 29.3 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.2 มีภาวะสมองเสื่อม และในด้านสุขภาพสังคมพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ยังได้รับการดูแลสนับสนุนทางด้านจิตสังคมจากบุตร

คำสำคัญ: ภาพสุขภาพ, สุขภาพผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This descriptive study aimed to describe the health profile of 209 hospitalized older persons in a community hospital, In Buriram province. Using data collected, Standard questionnaire and assessment tool. The data were analyzed using descriptive statistics, statistical analysis program in social sciences (SPSS). The result showed that the older persons are young-old age, middle-aged and old-old age tip percentage 42.1, 40.2 and 17.7, respectively, physical health of the older persons in terms of perceived health status is moderate percentage 50.2, Chronic disease identity of 80 percent is state dependence in the performance of daily living 18.2 percent. Mental health of older with 29.3 percent of depression is 24.2 percent of dementia. Social and health found that older than 80 percent are receiving care, psychosocial support of children.

keywords: health profile, health in older persons, community hospital

* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2552

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่ามีผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมดซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย[1,2] คือเป็นสังคมที่มีประชากรตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยลดลง รวมทั้งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น อายุที่ยืนยาวขึ้นมีความสำคัญต่อการกำหนดสถานภาพของบุคคลทั้งทางด้านสุขภาพอนามัย สภาวะการเจ็บป่วย การตาย ความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐและสังคม และภาวะเศรษฐกิจของประเทศ[3] จากอัตราการเจ็บป่วยและการตายที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสุขภาพมากขึ้น การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า โดยมีอัตราการครองเตียงร้อยละ 40 ในหอผู้ป่วยทั่วไป และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 60 ในหอผู้ป่วยวิกฤต รัฐบาลเสียค่าใช้จ่ายในด้านการบริการสุขภาพผู้สูงอายุร้อยละ 13 ของค่าบริการสุขภาพทั้งหมด สำหรับในประเทศไทยจากเดิมที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลทั่วประเทศสูงถึงร้อยละ 30 รวมทั้งยังมีจำนวนวันเฉลี่ยในการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลนาน และเพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้เกิดปรากฏการณ์การอุดกั้นเตียงขึ้นในโรงพยาบาล[4]

โรงพยาบาลหนองกี่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงมีสถิติผู้สูงอายุเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 24 และในปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 30.6 จากการทบทวนการเก็บรวบรวมข้อมูลพบมีเฉพาะข้อมูลทางสูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม และเด็กเท่านั้น การจัดเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างน้อย ทำให้ยังขาดข้อมูลในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อเป็นการตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและยังเป็นการตอบสนองต่อนโยบายในการเพิ่มคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลสูงสุด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นหรือชุดข้อมูลขนาดเล็ก (minimum data set)[5] เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและเป็นข้อมูลในการจัดรูปแบบบริการผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทและกลุ่มวัยของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

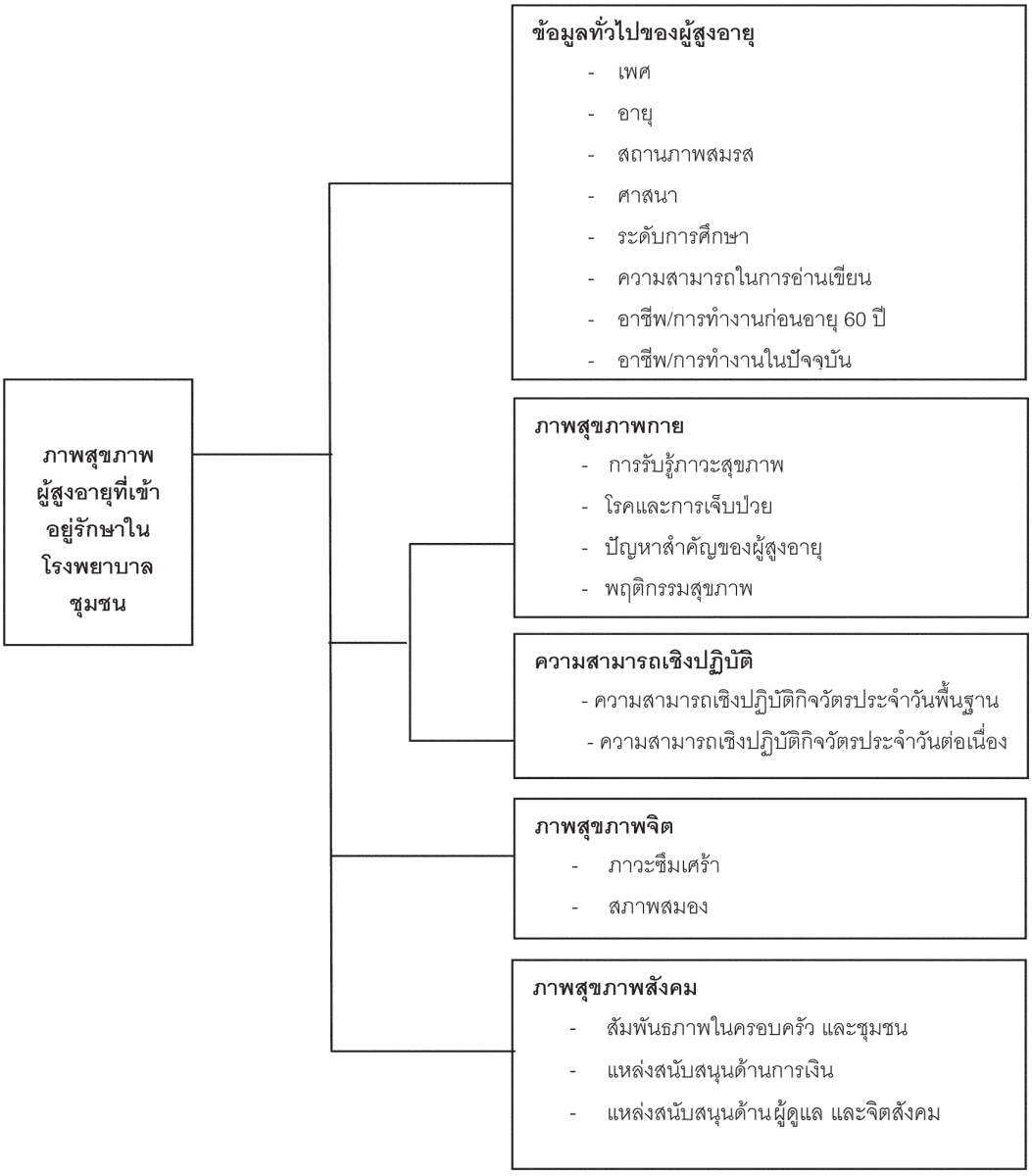
เพื่ออธิบายภาพสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน

คำถามในการวิจัย

ภาพสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่แตกต่างจากวัยอื่น คือมีกำลังสำรองของร่างกายที่ลดลง มีการแสดงอาการเจ็บป่วยไม่ตรงตามกลุ่มโรค ไม่มีความจำเพาะเจาะจงในโรคใดโรคหนึ่งที่ชัดเจน และยังมีกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยกว่าวัยอื่น เมื่อเจ็บป่วยมักพบว่ามีพยาธิสภาพของโรคจะเกิดขึ้นในหลายระบบอวัยวะของร่างกายในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาหลายชนิด ซึ่งจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกับการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชรา การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาทางสังคมมากขึ้น[4] การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน จึงเป็นกระบวนการในการวินิจฉัยภาพสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ที่ใช้เพื่อวางแผนในการดูแล ติดตาม และรักษาผู้สูงอายุ ที่เหมาะสม



วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ในผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้าอยู่รักษาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลหนองกี่ ในระยะเวลาที่ทำการศึกษา เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามสูตรการคำนวณในกรณีที่ศึกษามีจำนวนประชากรแน่นอน[6] และผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 เมื่อแทนค่าแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 209 คน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของผ่องพรรณ อรุณแสง เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ภาพสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพกายทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญ และพฤติกรรมสุขภาพ และส่วนที่ 5) ภาพสุขภาพสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแลและจิตสังคม และมีเครื่องมือประเมินมาตรฐานที่รวบรวมไว้เพื่อใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบสอบถามในส่วนที่ 3) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่เครื่องมือบาร์เทล เอ ดี แอล และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้แก่จุฬา เอ ดี แอล ซึ่งผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของมือโดยนำไปทดสอบในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคที่ค่า 0.81 4) ภาพสุขภาพจิตและสมอง ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสันที่ 0.92 และใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai - 2002)นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาค 0.64

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC (statistical package for the social science for window) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ของข้อมูล

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 71.9 ปี SD 7.5 เป็นผู้สูงอายุ วัยต้น วัยกลาง และวัยปลายร้อยละ 42.1, 40.2 และ 17.7 ตามลำดับ เพศหญิงมากกว่าชายคือ ร้อยละ 53.1 และ 46.7 ศาสนาพุทธร้อยละ 99.5 ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ผู้สูงอายุสามารถอ่านออกเขียนได้ร้อยละ 48.8 และมีอาชีพเดิมคือทำการเกษตรร้อยละ 82.8 ผลการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ[5] และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ[7] ซึ่งสะท้อนภาพสุขภาพของผู้สูงอายุตามลักษณะโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยทั้งในด้านกลุ่มอายุ และเพศ คือสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มวัย จากการที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นโดยในชุมชนพบร้อยละ 13.3 พบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.4 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[5] ผู้สูงอายุวัยปลายเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเป็นวัยแห่งการพึ่งพา[8] หรือกล่าวได้ว่า 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการพึ่งพา ดังนั้นจำเป็นต้องมีการเตรียมการในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเพิ่มอัตราการพึ่งพาของผู้สูงอายุในอนาคต

2. ภาพสุขภาพกาย

2.1)การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้สุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในเชิงบวกร้อยละ 33.0 และรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในเชิงลบร้อยละ 16.8 ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองดีกว่าบุคคลที่มีอายุเท่าๆ กัน ร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ สุขภาพด้อยกว่าและสุขภาพเท่ากัน ร้อยละ 27.8 และ 25.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[5] และผู้สูงอายุในชุมชนของไทย[7] ที่ส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์กับสภาวะการเจ็บป่วย การตายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[9,10] แตกต่างกันตามช่วงวัย เพศ เขตและภาคที่อยู่อาศัย[8] จากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในเชิงบวก ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนจึงมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จในการวางแผนการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2.3)โรคและอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมีประวัติการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 53.1 เพศชายและหญิงพบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 22 ผู้สูงอายุใช้ยาหรือรับประทานยาเป็นประจำร้อยละ 77 ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/อาการผิดปกติ (ภายใน 2 สัปดาห์) ร้อยละ 73.2 การเจ็บป่วย 5 อันดับคือ อาการปวด อาการวิงเวียน อาการเบื่ออาหารและอาการนอนไม่หลับเท่ากัน และอาการเมื่อยล้าอ่อนเพลีย โรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังร้อยละ 78 เพศหญิงพบมีโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย โรค 5 อันดับ ได้แก่ โรคปวดข้อ ปวดเข่า โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะโรคอาหารและลำไส้ โรคเบาหวาน และโรคต้อกระจก ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคขณะเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลใน 5 ลำดับ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน กลุ่มโรคติดเชื้อ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งโรคปอด หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด พบเท่ากัน สอดคล้องกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[5] และในชุมชนระดับประเทศของไทย[8] คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และมีการใช้ยาตามแพทย์สั่งแต่มีสัดส่วนที่แตกต่างกัน คือผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับแรก มีจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติเคยเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาสูงกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีระดับความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่ศึกษามีความคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในชุมชนของไทยที่ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังที่พบบ่อยใน 5 อันดับ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม ปวดข้อ และโรคกระเพาะลำไส้[11] โรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่องหรือความพิการตามมา ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าการจัดรูปแบบการบริการในระยะเปลี่ยนผ่านสามารถลดระยะเวลาในการเข้าอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุได้ และยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ รวมทั้งยังได้รับการส่งต่อไปยังศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องได้อย่างครอบคลุม[12] ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยลดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพา การวางแผนป้องกันการเกิดโรคแก่ผู้สูงอายุในชุมชน การจัดรูปแบบการดูแลรักษา ควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค รวมทั้งการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลสู่บ้านจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2.4)ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พบปัญหาสำคัญใน 5 อันดับ ได้แก่ ปัญหาการรับประทานอาหาร การนอนหลับ การมองเห็น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และสูญเสียความจำ ตามลำดับ ผู้สูงอายุในแต่ละบริบทมีปัญหาสำคัญคล้ายคลึงกัน คือ ปัญหาการนอนหลับ การ

มองเห็น การรับประทานอาหาร การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แต่มีสัดส่วนในลำดับที่ต่างกันเล็กน้อย คือผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีปัญหาท้องผูกเป็นอันดับ 5 และสูญเสียความจำอันดับ 6 ในขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุมีปัญหาการสูญเสียความจำเป็นอันดับแรก[3] จากปัญหาความเสื่อมตามวัยและโรคประจำตัวที่มีมาแต่เดิม การใช้ยา และการรักษาที่ผ่านมา รวมทั้งการมีกิจกรรมที่ลดลง การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ภาวะเครียดต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเปราะบางได้ง่าย ผู้สูงอายุมักจะมีโรคมีความผิดปกติ หรือความพิการมากกว่าหนึ่งชนิดประกอบกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจนไม่เฉพาะเจาะจง[13] จึงทำให้พบปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น โดยเฉพาะปัญหาการปัสสาวะ พบว่าผู้สูงอายุไทยในชุมชน[7] มีปัญหาการปัสสาวะกลางดึก ปัสสาวะบ่อย รวมทั้งมีอาการเจ็บเวลาปัสสาวะ อีกทั้งยังมีโรคทางสายตา ปัญหาการนอนไม่หลับ ท้องผูก และปัญหาในการได้ยิน ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และที่สำคัญปัญหาบางปัญหาสามารถดูแลและจัดการอาการได้โดยไม่ต้องใช้ยา เช่น การให้คำแนะนำ การจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการประเมินปัญหาสำคัญรวมทั้งการแนะนำ การวางแผนในการดูแลจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุและการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 25.4 มีปัญหาการหกล้ม โดยเพศหญิงหกล้มมากกว่าเพศชาย เกิดเหตุนอกบ้านมากกว่าในบ้านและเป็นช่วงกลางวันร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่หกล้ม 1 ครั้ง และพบมากในผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยคือมีการหกล้มร้อยละ 19.5 เป็นการหกล้มในบ้านและหกล้มในช่วงเวลากลางวัน ปัจจัยการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยภายนอก และมีสาเหตุจากการทำงาน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มจะมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น การหกล้มในผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงควรมีการประเมินและวางแผนการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

2.5) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกิจกรรมต่าง ๆโดยรวมทั้งการปฏิบัติบางครั้งและสม่ำเสมอจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานผักผลไม้สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารครบตามความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารเสริม และการตรวจร่างกาย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวพบในเพศหญิงมากกว่าชาย ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำร้อยละ 38.8 เพศชายออกกำลังกายมากกว่าหญิง ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[5] ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในด้านการรับประทานอาหารที่เพียงพอ การรับประทานผักและผลไม้ แต่ในด้านการออกกำลังกายมีสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ สูบบุหรี่ ร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่เป็นเพศชายมากกว่าหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ใกล้เคียงกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[5] คือผู้สูงอายุสูบบุหรี่ร้อยละ 13.6 ผู้สูงอายุในชุมชนสูบบุหรี่ร้อยละ 16.5-19.2 เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง[8,14] ผู้สูงอายุ เคี้ยวหมากร้อยละ 22.5 และเป็นเพศหญิง พบมากในผู้สูงอายุวัยกลาง ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเคี้ยวหมากร้อยละ 12.3[5] และการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุไทยเคี้ยวหมากเป็นประจำร้อยละ 16.5[15] ผู้สูงอายุดื่มสุราร้อยละ 11 พบมากในเพศชาย โดยมีผู้สูงอายุที่ดื่มสุราเฉพาะช่วงเทศกาลร้อยละ 9.3 และผู้สูงอายุดื่มสุรา เป็นประจำทุกวัน/ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 1.9 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยดื่มสุราร้อยละ 15.5[5] ผู้สูงอายุไทยดื่มสุราร้อยละ 18.1 ปี พ.ศ. 2549[14]และเป็นผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือดื่มสุรามากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุดื่มสุราประจำร้อยละ 31[5] พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงนำไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การใช้แรงงานน้อยและไม่ได้ออกกำลังกาย รวมทั้งการสูบบุหรี่นำไปสู่การเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ

และการเคี้ยวหมากอาจทำให้เกิดแผลในช่องปากและเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก[8] การดื่มสุราเป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนและนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อม[4] การดูแลผู้สูงอายุจึงควรเน้นส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะทุพพลภาพตามมา

3. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.1)ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้โดยอิสระ ร้อยละ 81.8 ในผู้สูงอายุวัยต้นมีความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าวัยกลาง และวัยปลาย โดยผู้สูงอายุ เพศหญิงมีภาวะพึ่งพามากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนมีภาวะพึ่งพาโดยรวมในทุกระดับร้อยละ 18.2 กิจกรรมที่ต้องพึ่งพาทั้งหมดในผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัย ใน 5 อันดับ คือ การอาบน้ำ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การเคลื่อนที่ในห้อง และการใช้ห้องสุขาเท่ากัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามสถานที่อยู่อาศัยคือ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาสูงถึงร้อยละ 50.7 ในขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนและในบ้านพักผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 1.6 และ 15.4 ตามลำดับ[5] กิจกรรมที่ต้องพึ่งพาของผู้สูงอายุมีความคล้ายคลึงกันแต่มีตัวเลขและลำดับที่แตกต่างกันเล็กน้อย คือ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีภาวะพึ่งพาทั้งหมดในกิจกรรม การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้อง และการทำความสะอาดร่างกาย ผู้สูงอายุในชุมชนต้องการพึ่งพาในกิจกรรมการขึ้นลงบันได 1 ชั้น การขับถ่ายปัสสาวะ/กลั้นปัสสาวะ การทำความสะอาดร่างกาย การกลั้นการถ่ายอุจจาระ และการอาบน้ำ และผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาในกิจกรรม การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การแต่งกายและการทำความสะอาดร่างกาย[5] ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุจากการสำรวจระดับประเทศพบว่ามีตัวเลขที่แตกต่างกัน แต่พบว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าเพศหญิง[8] และจากการศึกษาพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายมีค่าคะแนนต่ำกว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนเข้าอยู่การรักษาในโรงพยาบาล[16] เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจะมีภาวะพึ่งพามากกว่าผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นจึงควรมีการประเมินภาวะพึ่งพา โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง กลุ่มวัยปลาย และจัดให้มีผู้ดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการจัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่ อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม

3.2)ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยอิสระมากกว่าร้อยละ 50 ในกิจกรรม ดังนี้ การแลกเงิน/ทอนเงิน การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำความสะอาดบ้านหรือซักรีดเสื้อผ้า การทำหรือเตรียมอาหารผู้สูงอายุ สำหรับกิจกรรมการใช้บริการสาธารณะ ผู้สูงอายุปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 35.9 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยอิสระในทุกกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 45 ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุร้อยละ 50-60 ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องในกิจกรรม การเดินออกนอกบ้าน และการทำงานหนักได้ยกเว้นกิจกรรมการแลกเงิน/ทอนเงิน การเตรียมอาหารและการใช้บริการสาธารณะที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้น้อยกว่าร้อยละ 40 ในขณะที่ผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าร้อยละ 55 ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยอิสระในทุกกิจกรรม[5] ความสามารถในเชิงปฏิบัติเป็นลักษณะที่บอกถึงความสามารถของบุคคลในการทำประโยชน์ต่อสังคมต่อผู้อื่นรวมทั้งต่อตนเองและผู้สูงอายุมักจะรับรู้ความสูงอายุของตนเองก็ต่อเมื่อมีระดับความสามารถเชิงปฏิบัติที่ด้อยลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ[4] การประเมินระดับความสามารถเชิงปฏิบัติในผู้สูงอายุจะช่วยในการวางแผนในการจำหน่ายผู้สูงอายุและยังเป็นตัวชี้วัดระดับความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุเมื่อกลับสู่ชุมชน

4. สุขภาพทางจิตและสภาพสมองของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า

4.1)ภาวะซึมเศร้า ประเมินจากผู้สูงอายุ 205 คน พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.3 โดยมีภาวะซึมความเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 22.9 ซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.9 และซึมเศร้าระดับมากร้อยละ 0.5 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าชาย และผู้สูงอายุ ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย[5] มีภาวะซึมเศร้าในสัดส่วนที่สูงคือร้อยละ 31–61.7 ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมและการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเครื่องมือที่ใช้ประเมิน เพศ และที่อยู่อาศัย[8] ดังนั้นจึงควรมีการนำเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ง่ายและสะดวกมาใช้ในการประเมินผู้สูงอายุ และศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดต่าง ๆ ในผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยและทุกบริบทที่ศึกษา เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป[5]

4.2)สภาพสมอง ประเมินสภาพสมองจากจำนวน 182 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนสภาพสมองส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 75.8 และมีค่าคะแนนสภาพสมองต่ำกว่าค่าปกติหรือมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 24.2 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง วัยปลาย และวัยต้น ร้อยละ 12, 5.7 และ 4.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมมากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มวัย และแตกต่างกันไปตามสถานที่ศึกษา โดยจากการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนพบร้อยละ 12.7 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยร้อยละ 30.9 และผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุร้อยละ 60[5] ทั้งนี้พบว่าเพศหญิงมีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าเพศชาย ภาวะสมองเสื่อมมีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยและรักษาควบคุมอาการ และทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากและนานขึ้น ซึ่งจะเป็นการลดภาวะทุพพลภาพและพึ่งพาในผู้สูงอายุได้[17]

5. ภาพสุขภาพสังคม ส่วนใหญ่คู่สมรสผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 61.2 สัมพันธภาพในครอบครัวดี ร้อยละ 50.2 การสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาลและชุมชนและจากบุตร ร้อยละ 96.7 และ 87.1 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 95.2 ส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 73.5 รองลงมา ได้แก่ คู่สมรส ร้อยละ 38.3 ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ ร้อยละ 92.8 มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจ และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวลร้อยละ 81.3 และมีบุคคลมาเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 92.3 บุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุคือ บุตร คู่สมรส หลาน ซึ่งผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและในชุมชน[5] ส่วนใหญ่ยังคงได้รับการดูแลเกื้อหนุนด้านจิตสังคมที่ดีจากบุคคลในครอบครัว ถึงแม้ในปัจจุบันในประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางด้านสังคมและวัฒนธรรมไป ซึ่งมีผลต่อการเกิดลักษณะครอบครัวใหม่ที่มีความซับซ้อน ทำให้มีความยากลำบากในการดูแล แต่หลักการการดูแลที่กำหนดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ตระหนักถึงปัญหาและ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแล จะช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวยังคงดำรงอยู่ได้ในสังคมที่เปลี่ยนแปลง[17] ดังนั้น จึงควรส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประยุกต์เครื่องมือในการประเมินภาพสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมใน แต่ละกลุ่มวัย เพศและสถานที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุต่อไป

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง เพื่อให้สามารถประเมินวางแผนและจัดรูปแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้เหมาะสมและมีความครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้เห็นภาพสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา สุวิทวัส, เนตรชนก แก้วจันทา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(3): 29-28
2. เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย, อัมพรพรรณ ธีรานุตร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553; 33(2): 43-51
3. วิพรรณ ประจวบเหมาะ.ภาพรวมประชากรสูงอายุในประเทศไทย. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ บรรณาธิการ. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 - 2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552. หน้า 1-32.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
5. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุบินดี, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ. ภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการและในชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2552.
6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
7. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยเรื่อง การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2549.
8. วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ (บรรณาธิการ). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 - 2550. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2552. หน้า 33-95.
9. ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น;.2552. หน้า 383-414.
10. Ferrucci L, Baldasseroni S, Bandinelli S, Alfieri WD, Cartei A, Calvina D, et al. Disease severity and health - related quality of life across different chronic condition. JAGS. 2000; 48 (11): 1490-5.
11. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิจัยสถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
12. อัมพรพรรณ ธีรานุตร, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, นิตย์ ทัศนิยม, สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(1): 1-11.
13. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty: An emerging geriatric syndrome. AJM. 2007; 120(9), 748-53.
14. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2550.
15. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุใน ประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2551.

16. สุปรีดา มั่นคง,เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล,ทิพวรรณ ไตรติลานนท์, พจนี รอดจินดา, สุนทรี เจียรวิทยกิจ. ความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2549; 12(3): 318-33.
17. พัชนี สมกำลัง. ทำไมพยาบาลจึงต้องมีทักษะในการดูแลครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551; 31 (3): 70-5.