การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน

นางสาว วันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2550
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF THE REVISIT OF OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT

Miss Wanpen Sayansasikanok

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน
โดย	นางสาว วันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก: การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน. (A STUDY OF THE REVISIT OF OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 179 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายแบบการศึกษาเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้าน อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรคต่อมไร้ท่อ อย่างน้อย 1 ระบบ ที่เคยเข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินหรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย และแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 90 วัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ T – test และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุดภายใน 2 วันหรือ 48 ชั่วโมง
2. ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง มีรายได้อยู่ในระดับที่เพียงพอ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา
3. อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินน้อยกว่าระดับอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต.....วันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก.....

ปีการศึกษา2550 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

##4877597036: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: REVISIT/OLDER/ CHRONIC ILLNESS/EMERGENCY DEPARTMENT

WANPEN SAYANSASIKANOK: A STUDY OF THE REVISIT OF OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT. THESIS ADVISOR: ASST.PROF.CAPT. SIRIPHAN SASAT, PH.D. 179 pp.

The purposes of this research were to study the revisiting of older persons with chronic illnesses at emergency department and to compare the revisiting of older persons among the differences of age, sex, income, educational level, drug compliance, number of chronic illnesses, emergency triage, activity of daily living, cognitive function, depression, and social support.

The sample consisted of 60 years old and over of people who diagnosed of cardiovascular disease system, respiratory disease system or endocrine disease system. They were received health care services from emergency department, inpatient ward or other department at least one time with in 3 months in tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments were demographic questionnaire, drug compliance questionnaire, emergency triage, ADL, MMSE – T, TGDS, and Social Support Assessment. Data were analysed for frequency, percentage, mean, standard deviation, T- test, and One – Way ANOVA

Major findings were as follow:

1. The highest frequency of revisiting of older persons with chronic illness at emergency department was within 2 day or 48 hours.
2. The comparison between the differences at age group, sex, income, educational level, number of chronic illnesses, emergency triage, activity of daily living, cognitive function, depression and social support were found no significant difference in revisiting of older persons at emergency department
3. The different levels of drug compliance were found significant difference in revisiting of older persons at emergency department at level of .05.

Field of study Nursing Science Student's signature Wanpen Sayansasikanok

Academic year 2007 Advisor's signature Siriphan Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ พ.ต.หญิง วรรณรัตน์ ใจซื่อกุล ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่ง และให้ข้อ เสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ระหว่างการศึกษา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนให้ทุนอุดหนุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน หัวหน้ากองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน หัวหน้าหน่วยตรวจโรคแพทย์เวชฉุกเฉิน งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ทุกระดับของทุก ๆ หน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ กราบขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พี่ ๆ น้อง ๆ ทุกท่านที่เสียสละให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ รวมทั้งเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นทุกท่าน โดยเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุที่คอยให้กำลังใจและให้ช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

กราบขอบพระคุณ คุณวีรพงศ์ เทียมนาขา ที่ให้ความอนุเคราะห์ สละทุนทรัพย์สนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ทั้งหมด คอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจเป็นอย่างดี

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่ ๆ ทุกท่านที่ให้การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ให้การสนับสนุนด้านเสบียงอาหาร คอยให้ความรักความห่วงใย เป็นกำลังใจและแรงใจที่ดีเรื่อยมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

บทที่ 1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

คำถามการวิจัย..... 4

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 5

ขอบเขตการวิจัย..... 9

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 14

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 15

แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง..... 15

โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ..... 24

แนวคิดเกี่ยวกับการกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำ..... 33

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล..... 36

แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา..... 38

แนวคิดการคัดกรองผู้ป่วย..... 41

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน..... 46

แนวคิดเกี่ยวกับระดับเชาวน์ปัญญา..... 48

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า..... 50

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม..... 55

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง..... 61

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 62

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 69

หน้า

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 72
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ..... 77
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 81
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 82
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 83
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 84
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... 112
สรุปผลการวิจัย..... 115
อภิปรายผลการวิจัย..... 119
ข้อเสนอแนะ..... 127
รายการอ้างอิง..... 130
ภาคผนวก..... 143
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 144
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือขออนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย..... 146
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 149
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 153
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย..... 163
ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล..... 167
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 179

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงระดับของค่าความดันโลหิตตาม JNC.....	25
2	การคัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม.....	65
3	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล.....	72
4	แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา.....	78
5	แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ....	79
6	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....	80
7	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริงจำแนกตามแบบสอบถาม.....	81
8	จำนวน ร้อยละ ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	85
9	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกเป็นอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนโรคเรื้อรัง.....	87
10	จำนวน ร้อยละ ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับความร่วมมือในการรับประทานยา.....	10
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามรายข้อ.....	91
12	จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองของแคนาดาและมาตรวัดการคัดกรองออสเตรเลีย.....	92
13	จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข (2542)...	92
14	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	93
15	จำนวน ร้อยละ ระดับเชาวน์ปัญญาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามภาวะสมองเสื่อม.....	94

ตารางที่		หน้า
16	จำนวน ร้อยละ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง....	94
17	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายด้าน.....	95
18	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ด้านการประเมินตนเอง ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินและแรงงานของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายข้อ.....	96
19	จำนวนแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน.....	97
20	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	100
21	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน.....	100
22	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน.....	101
23	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามความเพียงพอของรายได้.....	101
24	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเพียงพอของรายได้กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน.....	102
25	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับการศึกษา.....	102
26	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน.....	103

ตารางที่		หน้า
27	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามความร่วมมือในการรับประทานยา	104
28	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	104
29	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามจำนวนโรคเรื้อรัง	105
30	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	105
31	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	106
32	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	107
33	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	107
34	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	108
35	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับเชาวน์ปัญญากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	109
36	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจ	

ตารางที่		หน้า
	รักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า	109
37	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	110
38	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม	38
39	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	111
40	จำนวนวันเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวันที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำน้อยที่สุดและมากที่สุด	168
41	จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	168
42	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินภายใน 1 เดือน	170
43	จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	171
44	จำนวน ร้อยละ เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน	173
45	จำนวน ร้อยละ เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบันและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	173
46	จำนวน ร้อยละ เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบันและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จำแนกตามกระทรวงสาธารณสุข	174
47	จำนวน ร้อยละ เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบันและกลุ่มอายุ	174
48	จำนวน ร้อยละ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามรายข้อ	175
49	จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จำแนกตามเพศ	176
50	จำนวน ร้อยละ การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามเพศ	177

ตารางที่		หน้า
51	จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จำแนกตามความร่วมมือในการรับประทานยา.....	177
52	จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จำแนกตามสรุปผลการรักษาครั้งปัจจุบัน	178

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

จากรายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2546 พบว่า ประชากรสูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากที่สุด (สำนักงานสถิติเศรษฐกิจและสังคม, 2546) สำหรับประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่ามีโรคเรื้อรังร้อยละ 50 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่าร้อยละ 84 มีความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 62 มี 2 โรคหรือมากกว่า (Tanner, 2004) จากสถิติของสถานพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2545 - 2547 โรคที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคต่อมไร้ท่อ (กรมการแพทย์, 2548) และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย (อรสา พันธ์ภักดี, 2546) อัตราการตายของประชากรสูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 – 2546 พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายล้วนแต่เป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้น

ความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักเกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายร่วมกับความต้านทานโรคและความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกายลดลง จากกระบวนการสูงอายุ การพัฒนาทางการแพทย์ในการควบคุมโรคติดเชื้อและจากการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่งผลให้แบบแผนการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อเปลี่ยนมาเป็นโรคไร้เชื้อโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2545) ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การขาดผู้ดูแล การมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ได้รับการศึกษาน้อย จึงไม่ค่อยสนใจตนเอง เมื่อเจ็บป่วยจึงไม่ค่อยรักษาหรือรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่อง (พรทิพย์ สินประสงค์, 2532) ทำให้ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น (Ginde, 2003) จึงเกิดโรคกำเริบหรือเจ็บป่วยเฉียบพลันในภาวะเรื้อรังได้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีชีวิตอยู่กับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความทุกข์ในระยะยาว (Tanner, 2004) หลายคนต้องมีชีวิตอยู่กับภาวะเรื้อรังหลายชนิด ความผิดปกติเรื้อรังและการเจ็บป่วยเฉียบพลัน จึงไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน เพราะว่ามีหลาย ๆ ภาวะที่ซับซ้อน (Adelman & Daly, 2001; Dresler & Bakker, 2004; Tanner, 2004) โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเฉียบพลัน ซึ่งการเจ็บป่วยเฉียบพลันจะเกิดเพียงไม่นานและสามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นหากปล่อยให้ความเจ็บป่วยยังคงดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม (Gibson and Kenrict, 1998) ผู้ป่วยจะไม่สามารถกลับมามีสุขภาพที่ดีดังเดิมได้ และ

จะไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้ (Crumbia and Lawrence, 2002) เป็นสาเหตุให้ต้องนอนโรงพยาบาลและมีโอกาสกลับมาโรงพยาบาลซ้ำได้เช่นกัน (Ebersole, Hess & Luggen, 2004)

การเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีการดำเนินของโรคยาวนานตลอดเวลา ร่วมกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากขึ้น ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ ความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อ่อนแรง นอนไม่หลับ สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ส่งผลด้านจิตใจ ทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล, 2546) เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เกิดความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้า แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทำให้แยกตัวเองออกจากสังคม เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างไม่จบสิ้น ดังนั้นการดูแลที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การป้องกันและให้การรักษาอาการรุนแรงอย่างรวดเร็ว เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ลดค่าใช้จ่าย และทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น (Lynn & Adamson, 2003)

การกลับมาตรวจรักษาซ้ำ คือ การมารับบริการอีกครั้งที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน หลังจากที่ได้เข้ามารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน หรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยและแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 90 วัน ที่ผ่านมา หลังจากแพทย์ได้ทำการตรวจรักษาแล้ว ผู้ป่วยอาจได้กลับบ้าน นอนสังเกตอาการหรือรับไว้รักษาต่อที่โรงพยาบาล (Martin - Gill & Reison, 2004) ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับบริการซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็วหลังจากที่เคยมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ถึงแม้ว่าจะมีผลมาจากความเจ็บป่วยก็ตาม (Martin - Gill & Reison, 2004) และจากการศึกษาของ McCusker et al (1997) พบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยสูงอายุที่กลับเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ภายใน 90 วัน และการกลับมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน บ่อย ๆ (frequent ED use) เป็นตัวทำนายที่ดีของการกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็วหลังจากที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน (early return visit) (Riggs et al, 2003)

ผลกระทบจากการมารับการรักษาซ้ำบ่อย ๆ ด้านร่างกาย มีการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เกิดภาวะพึ่งพามากขึ้น (Friedmann et al, 2001; Meldon et al, 2003) ด้านจิตใจ มีความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย เครียด เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Friedmann et al, 2001) ด้านสังคม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม (Meldon et al, 2003) ด้านจิตวิญญาณ รู้สึกกลัวต่อการต้องพลัดพรากจากคนที่รัก ต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ด้านเศรษฐกิจ มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Welch et al, 1999) และการรักษาเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายของระบบการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Ginde et al, 2003) ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้การ

เจ็บป่วยด้านร่างกายมีความรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (Lucas & Sanford, 1998; Martin - Gill & Reison, 2004) และมีโอกาสเสียชีวิตได้ (El Solh et al, 2004) ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว (Chin et al, 1999) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ จากการศึกษาของ Kozilo - McLain et al (2000) พบว่า การมารับบริการโดยมีอาการไม่รีบด่วน หากมีผู้เข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและการปฏิบัติงานของบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้การจัดสรรเวลาในการให้การดูแล การให้ความรู้ การให้คำปรึกษาและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังในการจัดการกับภาวะต่าง ๆ ของโรคต่อผู้มารับบริการแต่ละคนได้น้อยลง (Prisarcik, 1980) และส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่มีอาการรีบด่วนอย่างมีนัยสำคัญ (Koziol - McLain, 2000)

หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานหนึ่งที่สำคัญของทุกโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ และเป็นหน่วยงานหลักที่สำคัญสำหรับให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Rajacich & Camerron, 1995) จากการศึกษาของ Silverman et al (2004) และ Carter, Datti & Winter (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผู้ที่มีอายุ 75 ปี จะมารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง (Meldon, Ma & Woolard, 2004: 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ Iwata et al (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 80 - 90 ปีขึ้นไป ร้อยละ 79 เข้ามารับบริการ 1 ครั้ง ร้อยละ 9.5 เข้ามารับบริการ 2 ครั้ง ร้อยละ 7.5 เข้ามารับบริการ 3 ครั้ง และร้อยละ 4 เข้ามารับบริการ 4 ครั้งหรือมากกว่า และอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลับเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินซ้ำ (Martin - Gill & Reison, 2004) ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นผู้ที่มีสัดส่วนความถี่สูงในการเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน (Brymer et al., 2001)

อาการเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะเฉียบพลันและวิกฤตที่ต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน ที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ ไม่รู้สึกตัวและมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ จากการศึกษาของ Baumann & Strout (2006) พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ร้อยละ 15 ต้องกลับมาที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินซ้ำอีก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การไม่ยอมรับประทานยาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย การขาดการสนับสนุนทางสังคมและการมีโรคหลายโรค เช่น เบาหวาน หัวใจ เป็นตัวแปรที่ใช้ทำนายการเกิดความเจ็บป่วยและเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับเข้ามารับบริการซ้ำที่หน่วย อุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน (Friedmann et al, 2001; Meldon et al, 2003; Martin - Gill

& Reison, 2004) โดยไม่มีการวางแผนมาก่อน (Lowenstein, 1998; Anderson et al, 1999; Chu & Pei, 1999)

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาสถิติจากสมุดลงทะเบียนการเข้ามารับบริการของผู้ป่วยสูงอายุที่หน่วยอุบัติ เหตุ – ฉุกเฉิน พบว่า ปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยสูงอายุมารับบริการ 8,650 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.89 ของผู้ป่วยทั้งหมด แบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 41.2 อายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 39.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.2 ของสถิติผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนปี พ.ศ. 2548 ถึงแม้ผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนลดลง คือ 30,364 ราย แต่กลับพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการไม่ได้ลดลง ยังคงมีจำนวนใกล้เคียงกับปีก่อน คือ 8,648 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.48 ราย โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 60 - 69 ปี ลดลงเหลือร้อยละ 38.79 แต่อายุ 70 - 79 ปีกลับเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 40.13 และ อายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 21.08 ของสถิติผู้สูงอายุทั้งหมด

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการมีอาการรุนแรงและไม่รุนแรงเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อีกทั้งวิถีทางของโรคในระยะท้าย ๆ มักมีโรคหรือภาวะเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน การเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการกำเริบจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ทำให้มีโอกาสในการกลับเข้ามารับบริการซ้ำมากขึ้น ประกอบกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลไม่ชัดเจนหรือมีอาการมากกว่า 1 อย่าง มีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนแตกต่างไปจากที่พบผู้ป่วยวัยอื่น อาการที่มีอยู่อาจมีสาเหตุหรือปัจจัยอื่นร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการรุนแรงจริง ๆ อาจได้รับความช่วยเหลือช้าลง การรักษาพยาบาลมีความยุ่งยากมากขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาลักษณะการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพื่อหาแนวทางป้องกันอาการกำเริบ ลดการกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเป็นอย่างไร
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่

หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เมื่อเปรียบเทียบในด้าน อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ แต่ได้คัดสรรตัวแปรมาจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสูงอายุ ทำให้กำลังสำรอง กลไกรักษาความสมดุล ภูมิต้านทานลดลง ทำให้เกิดความอ่อนแอและเปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้ จึงนำไปสู่การเกิดโรค (Meldon, Ma & Woolard, 2004) โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่าจะมีโรคเรื้อรังคนละมากกว่า 1 โรค (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2545) ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและต่อเนื่องประกอบกับความเสื่อมด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และสังคม ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลันบ่อยครั้งขึ้น ต้องการการรักษาที่รีบด่วน ทำให้ต้องพึ่งพาระบบการดูแลสุขภาพบ่อยขึ้น (Easton, 1999: 4) สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin-Gill & Reison (2004) พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับเข้ามารับบริการซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ดังนั้น อายุที่มากขึ้นจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

2. เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Walraven et al, 2002) ผู้สูงอายุชายมีโอกาสในการกลับเข้ามารับบริการซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินสูง เนื่องจากมีคู่สมรสหรือบุตรสาวเป็นผู้ดูแล เอาใจใส่ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพบอาการเจ็บป่วยจะรีบพาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล (Heggestad, 2002) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Welch et al. (1999) พบว่า ร้อยละ 97 ของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยเพศหญิง ดังนั้น เพศที่แตกต่าง จะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินแตกต่างกัน

3. ความเพียงพอของรายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาของ พรทิพย์ สินประสงค์ (2532) พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีความรุนแรงของโรคสูง และจากการศึกษาของ Friedmann et al (2001) พบว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนด้านการเงินหรือการประกันชีวิต เป็นตัวทำนายที่ดีของการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ และจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยแล้วไม่สามารถมารับการรักษาในเวลาราชการได้ จึงมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน โดยเฉพาะนอกเวลาราชการแทน และจากการศึกษาของ Kozilo - McLain et al (2000) พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะเกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกาย จึงเข้ามารับบริการที่หน่วย อุบัติเหตุ - ฉุกเฉินซ้ำบ่อย ๆ โดยมีอาการไม่รีบด่วน ซึ่งหากมีผู้เข้ามารับบริการเป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ ทำให้การจัดสรรเวลาในการให้การดูแลของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพต่อผู้เข้ามารับบริการแต่ละคนน้อยลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างรีบด่วน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้ที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

4. ระดับการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา จะมาใช้ระบบบริการสุขภาพที่ให้การรักษา เช่น โรงพยาบาลมากกว่าการซื้อยามารับประทานเอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะมารับการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการเพียงเริ่มแรก ส่วนผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักจะไม่ค่อยสนใจตนเอง จนเมื่อมีอาการมากแล้วจึงได้มาโรงพยาบาล (พรทิพย์ สินประสงค์, 2532) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

5. ความร่วมมือในการรับประทานยา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาโดยการรับประทานยาจึงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีความรุนแรงเกิดขึ้น เมื่อมีหลายโรคจึงต้องใช้หลายชนิด ดังเช่น การศึกษาของ Meldon et al (2003) พบว่าร้อยละ 41 ของผู้ป่วยที่กลับเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีปัจจัยเสี่ยงจากการรับประทานยาหลายชนิด

การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องมาจากการหลงลืมและกลัวผลข้างเคียงของยา (Lucas & Sanford, 1998; Tafreshi et al, 1999; Chan et al, 2001; สายหยุด สังข์ทอง, 2540) ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นและพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ามารับบริการซ้ำ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

6. จำนวนโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า จะมีโรคเรื้อรังคนละมากกว่า 1 โรค (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2545) ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 84 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 62 จะมีโรคเรื้อรัง 2 โรคและมากกว่า (Tanner, 2004) ดังนั้นการรักษาโดยการรับประทานยาและการดูแลตนเองไม่ได้ทำให้โรคเรื้อรังเหล่านี้หายไปจนสิ้นเชิง ยังคงเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และมีความซึมเศร้าอยู่ทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินบ่อยขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคมากขึ้นจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

7. ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีสัดส่วนของการมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพิ่มมากขึ้น (Meldon et al, 2003) อาการและอาการแสดงที่นำมาโรงพยาบาลจะมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน สามารถมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การคัดกรองโดยใช้มาตรวัดการคัดกรองของออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale, ATS) สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม (Considine et al, 2000) มาตรวัดความเร่งด่วนของแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Sacle, CTAS) ได้มีการนำมาคัดกรองผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลในแนวทางที่เหมาะสม เป็นการลดความกดดันและความแออัดของผู้มารับบริการได้ (Vertesi, 2004) โดยใช้เวลาในการคัดกรอง $\leq$ 5 นาที และเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคด้วย (Jimenez et al, 2003) ซึ่งภาวะเรื้อรังของโรคที่เป็นอยู่อาจทำนายการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพได้ (Schaic et al, 2002) และจากความก้าวหน้าของโรค ทำให้ต้องการการดูแลรักษาที่มีความซับซ้อนและเฉพาะเจาะจง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำบ่อยที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน (Riggs et al, 2003) โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ (Kne et al, 1998) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่แตกต่างกันจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินแตกต่างกัน

8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมด้านการทำหน้าที่ร่างกาย จะมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยเฉพาะเมื่อเริ่มมีการเสื่อม หากไม่ได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม

จะทำให้มีความเสื่อมมากขึ้นกลายเป็นความเสื่อมถาวร และเป็นตัวทำนายที่ดีของการกลับมารักษาซ้ำ (Conforti et al, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ El Solh (2004) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีโอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำบ่อย เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง และการกลับมารักษาซ้ำอาจบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลที่ไม่สมบูรณ์ เช่น การวางแผนการจำหน่าย พบว่า ร้อยละ 47 ของผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน กลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 3 เดือน เนื่องจากมีความบกพร่องด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 ข้อ (Friedmann et al, 2001) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรงจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

9. ระดับเชาวน์ปัญญา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมทางด้านสมองเพียงเล็กน้อย อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการสูงอายุ และอาจเป็นตัวชี้วัดการเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะแรก ๆ ได้ นอกจากนี้ยังสามารถระบุประเภทของสมองเสื่อมที่สัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ ซึ่งความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญามีความสำคัญต่อการประเมินผู้สูงอายุและการประเมินทางคลินิก ความเข้าใจ การรับรู้ในการรับฟังข้อมูลของผู้สูงอายุ รวมถึงความจำเป็นในการให้การดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย (Chiovenda, 2002) จากการศึกษา Friedmann et al (2001) และ Meldon (2003) พบว่าความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญา เป็นปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำเช่นกัน ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา จะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

10. ระดับภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพพลภาพและโรคเรื้อรังมักเกิดเป็นวัฏจักร โรคเรื้อรังสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ และในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าทำให้อาการของโรคเรื้อรังทรุดลงไปหรือรบกวนการรักษาโรคเรื้อรังได้ และโรคซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550) ซึ่งเป็นภาวะหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำได้ (Friedmann et al, 2001) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงมากจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

11. การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านต่าง ๆ ของตนเอง มีผลส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (Barron et al, 1994) โดยธรรมชาติบุคคลทุกวัยจะมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการการช่วยเหลือก็มีมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ความสามารถในการพึ่งตนเองลดลง จึง

ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย จะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

จากแนวเหตุผลดังกล่าว สามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. อายุที่มากขึ้นจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

2. เพศที่แตกต่างกันจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินแตกต่างกัน

3. ความเพียงพอของรายได้ที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

4. ระดับการศึกษาสูงจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

5. ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

6. จำนวนโรคมากขึ้นจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

7. ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่แตกต่างกันจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินแตกต่างกัน

8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรงจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

9. ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญาจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

10. ภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับรุนแรงมากจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

11. การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับน้อย จะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินน้อยลง

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาเปรียบเทียบ

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำกับความแตกต่างในด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของการกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง จำนวนวันเฉลี่ย เหตุผลและช่วงเวลาของการมารับบริการอีกครั้งหลังจากที่เคยมารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน หรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยและแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 90 วันที่ผ่านมา หลังจากที่แพทย์ได้ทำการตรวจรักษาแล้วผู้ป่วยได้กลับบ้าน หรือรับไว้รักษาต่อที่โรงพยาบาล

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้สูงอายุนับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุที่ได้รับตั้งแต่ต้นจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อจำนวนเงินที่ได้รับเป็นประจำทุกเดือน อาจเป็นเงินหลังเกษียณ เงินที่ได้จากกิจการของตนเอง จากบุตรหลานหรือบุคคลสำคัญ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน โดยแบ่งเป็น ไม่เพียงพอ เพียงพอ และเหลือเก็บ

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ คือการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่เคยหยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา ไม่เคยลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก เพชรี คันธสายบัว (2544) และ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) ในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา

จำนวนโรคเรื้อรัง หมายถึง ชนิดของโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ หมายถึง ลักษณะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยแปลจากระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Sacle, CTAS) (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, 2004) และมาตรวัดการคัดกรองออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale: ATS) โดยประเมินจากอาการแสดง สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และระดับความเจ็บปวด แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที ฉุกเฉินมาก ฉุกเฉิน ฉุกเฉินปานกลาง และไม่ฉุกเฉิน ดังนี้

1. อาการแสดง หมายถึง ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1.1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหัวใจหยุดเต้น ตัวเย็น ซีด เขียว หรือหยุดหายใจ หายใจลำบากรุนแรง หอบเหนื่อยจนพูดเป็นคำ ๆ หรือพูดไม่ได้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Sat.) น้อยกว่า 90%

1.2 ฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากรุนแรงปานกลาง หรือหายใจเร็วขึ้นจนพูดเป็นวลี หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง เจ็บหน้าอก (มีประวัติเป็นโรคหัวใจ) มีอาการอ่อนแรงเฉียบพลัน คลื่นไส้หรืออาเจียนที่สัมพันธ์กับภาวะขาดน้ำ มีระดับน้ำตาลในร่างกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Sat.) น้อยกว่า 92%

1.3 ฉุกเฉิน (urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยปานกลางหรือน้อย หายใจเร็ว ตื้น แต่พูดเป็นประโยคได้ มีภาวะขาดน้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Sat.) 92 – 95%

1.4 ฉุกเฉินปานกลาง (less - urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนแต่ไม่มีภาวะขาดน้ำ ปวดท้องเฉียบพลัน หรือปวดหลังเรื้อรัง

1.5 ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะบ้านหมุน ทานอาหารไม่ได้หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร ปวดท้องเรื้อรัง หรือปวดท้องเล็กน้อย

2. สัญญาณชีพ หมายถึง ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับอุณหภูมิของร่างกาย การเต้นของชีพจร ลักษณะการหายใจและความดันโลหิต แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

2.1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยมีไข้ BT>38.5°c ชีพจรเบา หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ อัตราการหายใจ < 10 หรือ > 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง 220/130 mmHg. และมีอาการอื่นร่วมด้วยหรือความดันโลหิตต่ำกว่า 80 mmHg.

2.2 ฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึง ผู้ป่วยมีไข้ BT>38.5°c ร่วมกับซึมลง หัวใจเต้นเร็ว > 150 หรือ < 50 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง 220/130 mmHg. และไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย ความดันโลหิตต่ำเวลาเปลี่ยนท่า

2.3 ฉุกเฉิน (urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีไข้ BT>38.5°c ร่วมกับมีอาการสับสน วุ่นวาย ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง 200 – 220/110 – 130 mmHg. และมีอาการอื่นร่วมด้วย

2.4 ฉุกเฉินปานกลาง (less - urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีไข้ BT>38.5°c ร่วมกับไม่มีอาการรุนแรง ชีพจรเต้นปกติ ความดันโลหิตสูง 200 – 220/110 – 130 mmHg. และไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย

2.5 ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ

3. ระดับความรู้สึกตัว หมายถึง ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านระดับความรู้สติ ประเมินโดยใช้ GCS (Glasgow Coma Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

3.1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือเสียงเท่านั้น และไม่มีเป้าหมาย หรือมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS = 3 - 9

3.2 ฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เชื่องช้า ซึม วุ่นวาย ตอบสนองต่อตำแหน่งเจ็บปวดได้ถูกต้อง พูดสับสน จำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ GCS = 10 - 13

3.3 ฉุกเฉิน (urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS = 14 - 15

3.4 ฉุกเฉินปานกลาง (less - urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS = 14 - 15

3.5 ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS = 15

4. ระดับความเจ็บปวด (Pain Scale) หมายถึง ความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือบอกว่ามีเท่าไร โดยให้คะแนน 1 – 10 คะแนนน้อย หมายถึงมีระดับความเจ็บปวดน้อย คะแนนมาก หมายถึงมีระดับความเจ็บปวดมาก

4.1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (eesuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดมาก โดยมี Pain Scale = 10

4.2 ฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึง ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเฉียบพลัน โดยมี Pain Scale = 8 - 10

4.3 ฉุกเฉิน (urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเรื้อรัง โดยมี PS = 8 – 10 เจ็บปวดเฉียบพลัน โดยมี Pain Scale = 4 – 7

4.4 ฉุกเฉินปานกลาง (less - urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเรื้อรัง โดยมี PS = 4 – 7 เจ็บปวดเฉียบพลัน โดยมี Pain Scale = 0 – 3

4.5 ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent) หมายถึง ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดเรื้อรัง โดยมี Pain Scale = 0 – 3

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ที่ทำได้จริงในปัจจุบัน ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ขั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระและการกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Bathel ADL index ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะได้พัฒนาขึ้น

ระดับเชาวน์ปัญญา หมายถึง การรับรู้ในเรื่อง วัน เวลา สถานที่ การคิดคำนวณ การจำในระยะสั้น การเรียกชื่อสิ่งของ การทำตามขั้นตอน และการเขียน ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ที่พัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542)

ระดับภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ตำหนิตนเอง ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิด ใน 4 ด้าน ตามแนวความคิดของ House (1981) คือ

1. ด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับนับถือ ความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด

2. ด้านการประเมินตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล ได้รับการเห็นคุณค่า เห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพและได้รับข้อมูลเพื่อใช้ประเมินตนเอง เพื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันจากบุคคลในครอบครัว

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ชี้แนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริง บอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. ด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน และสิ่งแวดล้อมจากบุคคลที่ใกล้ชิด

ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากมธุรส จันทร์แสงสี (2540)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เข้าใจลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในประเทศไทย
2. ได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความแตกต่างในด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน
3. สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ เชิงทำนายและเชิงทดลองเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของหอผู้ป่วยอื่น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดและศึกษาตามหัวข้อดังนี้ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำ
4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
5. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา
6. แนวคิดเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วย
7. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
8. แนวคิดเกี่ยวกับระดับเชาวน์ปัญญา
9. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
10. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
11. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และครอบครัว ดังนั้นความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นภาวะที่บุคคลต้องตระหนักถึงความรุนแรงของผลเสียที่เกิดขึ้น ต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ได้อธิบายลักษณะของโรคเรื้อรังไว้ว่า

1. เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ บุคคลจะไม่สามารถสังเกตอาการได้ในระยะแรก ทำให้เป็นโอกาสของพยาธิสภาพที่จะลุกลามเป็นมากขึ้น จนถึงขั้นรุนแรงเกิดอาการและอาการแสดงซึ่งบ่งบอกถึงว่าโรคมีความรุนแรงมากขึ้นและเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้

การรักษาโรคอาจกระทำได้ลำบากยิ่งขึ้น การพยากรณ์โรคไม่ดีและทำให้การดูแลตนเองมีความยุ่งยากซับ ซ้อนยิ่งขึ้น

2. เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบบมีระยะที่โรคสงบ (remission) และมีระยะที่โรคกำเริบ (exacerbation) การเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีระยะของการ “เป็น ๆ หาย ๆ” บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อได้รับการรักษาจนมีระยะที่โรคสงบเกิดขึ้น ไม่ได้หมายความว่าความเจ็บป่วยหรือโรคได้รับการรักษาจนหายขาด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงลักษณะโรคที่ ”เป็น ๆ หาย ๆ” ก็อาจคิดไปเองว่าตนเองได้รับการรักษาจนหายจากโรคแล้ว และเมื่อเข้าใจเช่นนี้ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง กลับดำเนินชีวิตตามปกติ ทำให้โรคกำเริบลุกลามขึ้นมาอีกได้ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเข้าใจและยอมรับในลักษณะของโรคที่มีระยะสงบและระยะกำเริบดังกล่าว

3. เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นแบบถาวร ก้าวหน้าต่อไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การรักษาก็ไม่ช่วยให้โรคหรือพยาธิสภาพดังกล่าวหายขาด จึงทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาล เกิดความท้อแท้หมดหวังในการรักษา มีปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาอื่น ๆ ทำให้แสวงหาการรักษารูปแบบต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเชื่อและศรัทธาว่าจะสามารถรักษาโรคให้หายได้

1.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

The Commission on Chronic Illness (1953) ได้ให้คำนิยามของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่าหมายถึง ภาวะบกพร่องหรือภาวะเบี่ยงเบนที่ไปจากปกติซึ่งอาจมีลักษณะอาการเหล่านี้ 1 อาการหรือมากกว่า คือ

1) มีการเปลี่ยนแปลงแบบถาวร

2) ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ

3) เกิดจากพยาธิสรีรภาพวิทยาที่ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้

4) ผู้ป่วยต้องการการฝึกปฏิบัติแบบพิเศษเพื่อฟื้นฟูสภาพ

5) คาดว่าอาจต้องการการติดตาม การสังเกตอาการหรือการดูแลในระยะยาว

Curtin & Lubkin (1995) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะที่ไม่สามารถฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ ความเสื่อมจากโรคสะสมมากขึ้น มีอาการซ่อนเร้นสงบนิ่งหรือมีความพิการที่ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมดของบุคคลเพื่อการดูแลประคับประคองการดูแลตนเอง การคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการป้องกันความพิการที่อาจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

Lubkin (1998 อ้างใน พรทิพย์ มาลาธรรม, 2550) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึง การสะสม หรือแฝงอยู่ของโรคหรือการบกพร่องของสุขภาพที่กลับคืนเหมือนเดิมไม่ได้ ซึ่งต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทั้งหมดในการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลตนเอง การทำหน้าที่และป้องกันทุพพลภาพที่อาจเพิ่มมากขึ้น

Center for Disease Control and Prevention (1998) ให้คำนิยามโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยทันทีและมีโอกาสรักษาหายได้น้อยมาก

Garrison (2000: 349 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์: 2549; 98) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันตรงที่ระยะเวลาของความเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องนานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและทางด้านเศรษฐกิจร่วมด้วย ทำให้ต้องการวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

Adelman (2001:4) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง อาการทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ที่ต้องการการติดตามและ/หรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) และเพื่อจัดรูปแบบในระหว่างการเจ็บป่วย นอกจากนี้ภาวะเจ็บเรื้อรังยังเป็นอาการที่เป็นการรวมเข้าด้วยกันที่แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนและมีปัญหาที่หลากหลายที่เป็นผลมาจากการอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

วาทินี บุญชะลักษี (2530) ให้ความหมายโรคเรื้อรังว่า หมายถึง เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการ เป็นติดต่อกันนานกว่า 3 เดือนหรือ 90 วันขึ้นไปและโรคบางโรคที่รวมอยู่ในกลุ่มที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง แม้จะมีอาการไม่ถึง 90 วันก็ตาม

รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ให้ความหมายโรคเรื้อรังว่า หมายถึง การเจ็บป่วยทั้งทางกาย ใจ และอารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหน้าที่หรือภาวะเบี่ยงเบนออกไปจากปกติ ซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง คือเป็นอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องการการฟื้นฟูและฝึกฝนเป็นพิเศษ และไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ รวมทั้งเป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานานติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน อาการของโรคอาจมีทั้งสงบและกำเริบรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่าง ๆ และมีการจำกัดในด้านต่าง ๆ ต้องใช้ระยะเวลาของชีวิตที่ยาวนานในการรักษาพยาบาล

เพ็ญพโยม เชยสมบัติ (2547) ให้ความหมายโรคเรื้อรังว่า หมายถึง ความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหน้าที่หรือเบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ซึ่งไม่สามารถรักษาพยาบาลหรือเป็นไปอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ จึงมีความต้องการการดูแล ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นพิเศษ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือนหรือ 90 วัน อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

สรุป การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์และเศรษฐกิจ ด้วยภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ไม่สามารถกลับไปมีอาการที่ดีดังเดิมได้ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการติดตาม สังเกตอาการและการดูแลติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่หลากหลายและซับซ้อน ต้องการวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วย (trajectory framework)

แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วยสร้างขึ้นโดย Corbin & Strauss ในปี 1960 ซึ่งแนวความคิดได้มาจากการศึกษาชีวิตและการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังมาร่วม 30 ปี แนวคิดนี้มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มโนทัศน์หลักของแนวความคิดนี้ คือ วิถีทาง (trajectory) หมายถึงเส้นทางเดินของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีหลายมิติและสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง อาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นคุณลักษณะเฉพาะที่กระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง ซึ่งเส้นทางเดินของความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้สามารถจัดการให้เป็นไปตามวิถีที่ควรจะเป็นในระยะยาว แม้ว่าไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงวิถีทางของความเจ็บป่วยได้ (Corbin & Strauss, 2001: 1-15)

วิถีทางความเจ็บป่วย (trajectory phase) หมายถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพกระทำเพื่อจัดการกับวิถีความเจ็บป่วยนั้น

วิถีความเจ็บป่วยของการเจ็บป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะแตกต่างกัน อาการเพิ่มขึ้นหรือลดลงจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและเพื่อที่จะสามารถติดตามกระบวนการและการเปลี่ยนแปลงลักษณะของอาการเรื้อรัง จึงมีการเพิ่มแนวคิดของระยะต่าง ๆ เข้าไปในวิถีหรือเส้นทางของความเจ็บป่วยด้วย โดยแบ่งเป็นทั้งหมด 9 ระยะ และในแต่ละระยะจะมีเป้าหมายเพื่อการดูแลรักษาที่แตกต่างกันออกไป คือ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549: 101-103; Corbin & Strauss, 2001)

1. ระยะก่อนเจ็บป่วย (pretrajectory) หมายถึง ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (genetic) หรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อบุคคลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการพัฒนาอาการเรื้อรัง เป็นระยะก่อนเริ่มเจ็บป่วย ยังไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏ เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือการป้องกันการเกิดขึ้นของโรคเรื้อรัง (prevent onset of chronic illness)

2. ระยะเจ็บป่วย (trajectory) หมายถึง อาการที่สังเกตเห็นได้และเป็นระยะที่เริ่มวินิจฉัยโรคจากประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มทราบ

ความเจ็บป่วยและเผชิญกับคำวินิจฉัยจากแพทย์ เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือการสร้างแบบการทำนายวิถีความเจ็บป่วยที่เหมาะสม

3. ระยะทรงตัว (stable) หมายถึง ความเจ็บป่วยและอาการของโรคอยู่ภายใต้การควบคุม ส่วนการเจ็บป่วยในอดีตและการดำเนินชีวิตประจำวันได้รับการจัดการภายใต้ข้อจำกัดของความเจ็บป่วย ศูนย์กลางการจัดการของความเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือพยายามทำให้อาการเจ็บป่วยทรงตัวและคงกิจกรรมประจำวันไว้

4. ระยะอาการเปลี่ยนแปลง (unstable) หมายถึง เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้และมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีการปรับเปลี่ยนข้อกำหนดในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือพยายามให้อาการกลับไปอยู่ในระยะทรงตัว

5. ระยะฉุกเฉิน (acute) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหนักและอาการไม่ดีขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องนอนพักบนเตียงเพื่อควบคุมอาการหยุดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันไว้ก่อน เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือพยายามทำให้อาการเจ็บป่วยกลับเข้าสู่ภายใต้การควบคุมและช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม

6. ระยะวิกฤต (crisis) หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ต้องการการรักษาอย่างรีบด่วน โดยให้ผู้ป่วยหยุดการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ ไว้จนกว่าอาการจะพ้นภาวะวิกฤต เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือพยายามจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตออกไป

7. ระยะกลับสู่ภาวะปกติ (comeback) หมายถึง ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไปขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ ที่รวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตสังคม และเริ่มปรับตัวเข้าสู่กิจกรรมในชีวิตประจำวัน เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือตั้งเป้าไปที่การเคลื่อนไหว การทำนายวิถีทางของโรคและรูปแบบการช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ

8. ระยะอาการที่ทรุดลง (downward) หมายถึง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดำเนินไปในทิศทางที่เลวลงอย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นหรือมีความยากลำบากในการควบคุมอาการมากขึ้น ต้องการการปรับหรือเลือกกิจกรรมในชีวิตประจำวันในแต่ละขั้นของอาการที่ทรุดลง เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือเพื่อปรับตัวให้เข้ากับภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้นตามระยะอาการที่ทรุดลง

9. ระยะสุดท้าย (dying) หมายถึง วันสุดท้ายหรืออาทิตย์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายจะหยุดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปล่อยวาง ไม่มี

ความสนใจในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือช่วยนำผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายในชีวิต ปล่อยให้ไปและเสียชีวิตอย่างสงบ

การเข้าใจระยะต่าง ๆ ในวิถีทางความเจ็บป่วย ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะใดเพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระยะของความเจ็บป่วย พร้อมทั้งสามารถร่วมกับครอบครัวผู้ดูแลในการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 หลักในการจัดการโรคเรื้อรัง

การรักษาโรคเรื้อรังจะแตกต่างไปจากการรักษาโรคฉุกเฉินทั่วไป เนื่องจากเป็นโรคที่มักรักษาไม่หายและบางโรคเรื้อรังอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม พยาธิวิทยา สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมักประสบปัญหาในการปรับตัวอยู่กับโรค ดังนั้นการจัดการกับโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่ท้าทาย Adelman ได้แนะนำแนวทางการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549: 103-104; Adelman, 2001, 4-7)

1. การรักษาโดยการใช้ยา แพทย์มักจะเริ่มใช้ยาในขนาดที่ต่ำก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มขนาดขึ้นอย่างช้า ๆ (star low, go slow) โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะไวต่อยาที่ได้รับ ในการรักษาแพทย์จะเริ่มให้ยาในขนาดต่ำที่สุด (lowest dose) หลังจากนั้นจะทดลองเพิ่มขนาดยาขึ้นอย่างช้า ๆ และระมัดระวัง เป้าหมาย คือให้ยาขนาดที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ให้ผลลัพธ์สูงสุดและมีฤทธิ์ข้างเคียงของยาน้อยที่สุด

2. ให้ความสนใจในการทำหน้าที่ของร่างกาย (focus on patient function) โดยทั่วไปแพทย์มักจะให้ความสนใจอาการของโรคมากกว่าการทำหน้าที่ของร่างกาย อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังมักจะหาสาเหตุที่แท้จริงไม่พบ และอาการต่าง ๆ ที่แสดงออกมักจะมาจากหลายปัจจัย เช่น อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ อาจมีสาเหตุมาจากการลดลงของความสามารถของกระเพาะปัสสาวะที่ปกติในผู้สูงอายุ อาการถ่ายปัสสาวะบ่อยจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจล้มเหลว และอาจมีสาเหตุมาจากต่อมลูกหมากโต ดังนั้น การทำหน้าที่ของร่างกายอาจมีความสำคัญมากกว่าสาเหตุของปัญหาจากความเจ็บป่วย (function > illness) ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความกระฉับกระเฉงและมีภาวะพึ่งพาน้อยที่สุด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. ค้นหาโรคที่สามารถรักษาได้ (identify reversible disease) ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้วโรคเรื้อรังจะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่โรคบางโรคหากได้รับการรักษาแล้วจะช่วยรักษาอีกโรคหนึ่งได้ เช่น หากสามารถรักษาโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ป้องกันฤทธิ์ข้างเคียงจากยาและงดการดื่มกาแฟในตอนเย็นจะช่วยแก้ไขปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence)

ลงได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการค้นหาโรคและรักษาให้หายขาดโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ดียิ่งขึ้น

4. ยอมรับความไม่แน่นอนทางคลินิก (accept clinical uncertainty) ความไม่แน่นอนทางคลินิกเป็นสิ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากสาเหตุของอาการส่วนใหญ่จะไม่ชัดเจน (no clear cause of symptom) ถึงแม้แพทย์ส่งผู้ป่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือ X-ray เพิ่มเติมเพื่อช่วยให้การวินิจฉัย แต่อาจจะไม่มีประโยชน์ เช่น การส่องกล้องทางเดินหายใจในผู้ป่วย COPD ในระยะสุดท้ายและมีอาการไอเป็นเลือด เพื่อช่วยวินิจฉัยโรคมะเร็งในปอด ดังนั้นผู้ที่ให้การรักษาควรใช้ดุลพินิจในการตัดสินใจให้การดูแลรักษา (clinical judgment) ว่าสิ่งที่ให้นั้นทำให้ได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติมและช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด

5. ตระหนักถึงการทำนายโรคและการดำเนินไปของโรค (be aware of prognosis and course of disease) ผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังควรศึกษาการดำเนินไปของแต่ละโรคให้ชัดเจน เพราะมีระยะเวลาเร็วช้าแตกต่างกัน เช่น โรคมะเร็งต่อมลูกหมากจะมีการดำเนินไปของโรคค่อนข้างช้า ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตด้วยโรคอื่นก่อนที่จะตรวจพบอาการของโรค

6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (avoid polypharmacy) ด้วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค รับประทานยาอย่างน้อย 4 – 8 ชนิดต่อวัน และอาจได้รับใบสั่งยาถึง 10 – 14 ใบจากแพทย์ต่อปี นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจซื้อยามารับประทานเองจากร้านขายยา เช่น paracetamal, antacid และอาจทานสมุนไพรร่วมด้วย ดังนั้นยิ่งผู้สูงอายุทานยาจำนวนมากขึ้นจะยิ่งมีโอกาสได้รับผลจากการเสริมฤทธิ์หรือยับยั้งการออกฤทธิ์ของยาซึ่งกันและกัน ด้วยเหตุนี้แพทย์มักจะถือโอกาสนี้ลดจำนวนและขนาดของยาลง

7. เตรียมพร้อมกับการแสดงออกของอาการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไป (be alert to the alter presentation of illness) มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกของโรค เช่น ปัจจัยด้านความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ปรากฏว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการสูงอายุที่ปกติ (normal aging) หรือเกิดจากความผิดปกติของโรค ปัจจัยด้านการตอบสนองของร่างกายต่อโรคในผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีอาการปอดบวม อาจจะตรวจพบว่าไม่มีไข้ หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อาจแสดงอาการเฉื่อยชาหรือมีความจำเสื่อม ปัจจัยจากผลความเจ็บป่วยหลาย ๆ โรคของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหนึ่งอาจไปปิดบังอาการของอีกโรคหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะมีโรคหัวใจขาดเลือดแฝงอยู่ จึงมักไม่พบว่ามีอาการเจ็บหน้าอก (chest pain) และสุดท้ายปัจจัยด้านการใช้ยาหลาย ๆ ชนิดร่วมกัน เป็นต้น

8. ให้ความสนใจความต้องการทางด้านจิตสังคม (address psychosocial needs) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สุขภาพจิตสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีของภาวะสุขภาพโดยรวม ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะมีภาวะเครียดจากการอยู่กับโรคแต่ละวัน และมักพบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า

หากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพไม่ได้ให้ความสนใจในประเด็นนี้ก็จะพลาดโอกาสการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

1.4 เป้าหมายในการดูแลภาวะเรื้อรัง

ด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มักทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ดังนั้นการดูแลจึงมุ่งเน้นไปที่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับอาการของโรคมากกว่าการรักษาให้หายจากโรค ความสำเร็จของการดูแลอาจวัดได้จากความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ Roach (2001) กล่าวว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องตระหนักในเรื่องการตั้งเป้าหมายในการดูแลดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ , 2549: 118-119; Eliopoulos, 1999; 437-439)

1. การเพิ่มระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (increase self – care capacity) ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจมีความต้องการรับประทานอาหารที่แตกต่างกันไปจากคนทั่วไป การปรับกิจกรรมให้เข้ากับอาการความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การรักษา และการเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ดังนั้น ควรมีเกณฑ์การประเมินความต้องการนั้น ๆ ได้รับการตอบสนองหรือไม่ พยาบาลควรมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถผ่านการประเมินเหล่านี้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการ คงอาการหรือปรับปรุงสุขภาวะ ส่งเสริมระดับการช่วยเหลือตนเอง การใช้เครื่องช่วยเหลือ หรือให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ

2. การจัดการกับโรคอย่างมีประสิทธิผล (manage the disease effectively) แต่ละบุคคลควรได้รับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองและได้รับการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้อง และอาจต้องมีทักษะที่ดี เช่น การฉีดยาเบาหวานหรือการทำแผล เป็นต้น อย่างไรก็ตามแรงจูงใจมีส่วนสำคัญในการรวบรวมความรู้และทักษะการช่วยเหลือตนเองให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิผล ดังนั้นการประเมินปัจจัยทางด้านแรงจูงใจ การวางแผน และการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญยิ่ง

3. การกระตุ้นความสามารถการหายของร่างกาย (boot the body's healing abilities) เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ร่างกายมีแนวโน้มที่จะต่อสู้กับโรคและมีการฟื้นหายตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตามหน้าที่สำคัญของพยาบาล คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรวบรวมแหล่งสำรองตามธรรมชาติที่มีอยู่ ดังนั้นการจัดการกับความเครียด (stress management) การจินตนาการโดยการชี้แนะ (guided imagery) การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่กระตุ้นระบบภูมคุ้มกัน และ biofeedback จึงเป็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมการหายด้วยตนเอง (self – healing) ที่ควรนำมาใช้

4. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (prevent complication) โรคเรื้อรังและการรักษาที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยลดลงและมีความพิการเพิ่มขึ้น เช่น

จากผู้ป่วยเบาหวานที่ยังมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขไปเป็นผู้ป่วยที่ถูกตัดแขนขา หรือตาบอด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการระบุแนวโน้มของภาวะเสี่ยง ป้องกันภาวะเสี่ยงอย่างจริงจังและรับรู้ว่าภาวะเสี่ยงสามารถเปลี่ยนไปตามระยะเวลา

5. การชะลอความเสื่อมถอยของอาการ (delay deterioration and decline) โดยธรรมชาติของโรคเรื้อรัง อาการของโรคจะเลวลงไปเรื่อย ๆ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการประเมินการดูแลและการระบุปัญหาโดยเร็ว เพื่อที่จะวางแผนการพยาบาลการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองลดลง และเสี่ยงต่อการมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น

6. การส่งเสริมคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่จะทำได้ (promote highest possible quality of life) ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่เสริมสร้างความรื่นเริงหรือการได้รับรางวัล ประเมินการได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม จิตวิญญาณ อารมณ์ เพศ สัมพันธ์และครอบครัว ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น โดยการแนะนำงานอดิเรก ให้คำปรึกษา การประสานการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมอัตมโนทัศน์ในเชิงบวก (promote positive self – concept) และประเมินปัญหาที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในวิถีการดำเนินชีวิต

7. ช่วยให้กระบวนการไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิตโดยปราศจากความทุกข์ทรมานและตายอย่างมีศักดิ์ศรี (support in dying with comfort and dignity) เมื่อสุขภาพทรุดลง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับวันสุดท้ายของชีวิต ต้องการการสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น สิ่งสำคัญคือ การลดภาวะปวด ลดการใช้พลังงาน ดูแลให้ความสุขสบาย ช่วยเหลือในความต้องการขั้นพื้นฐานต่าง ๆ พยาบาลควรมีความไวในการฟังหรือการพูดคุยกับผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ให้ความมั่นใจว่าพยาบาลจะอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาในช่วงเวลานี้

การเจ็บป่วยเรื้อรังมีความซับซ้อนเพราะเป็นยิ่งกว่าการรักษา การควบคุมอาการ แต่การเจ็บป่วยแทรกเข้าไปในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งจากโรค กลุ่มอาการและปัญหาที่ไม่เกี่ยวกับโรคกระทบต่อการพัฒนาในวัยต่าง ๆ กรอบแนวคิดของวิถีความเจ็บป่วย (trajectory framework) ช่วยให้พยาบาลเข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่แตกต่างจากสาเหตุของโรค (Corbin & Strauss, 2001: 1-15) ซึ่งผู้ป่วย ครอบครัวและวิชาชีพจะต้องช่วยปรับหรือจัดการเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือคุณภาพชีวิต จัดการกับอาการและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ได้กับข้อจำกัด หรือความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นได้

2. โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมตามธรรมชาติ และร่างกายจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้น้อยลง เป็นผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงไปด้วย ประกอบกับการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การปฏิบัติดูแลตนเองไม่ถูกต้องตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต รวมทั้งอาจเป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ทีละน้อย ๆ จนปรากฏเป็นโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ และมีลักษณะแบบแผนเฉพาะที่สำคัญ ดังนี้

1. ระดับความรุนแรงของโรคจะต่างกันในแต่ละช่วงของวัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น อาการและอาการแสดงจะมากและชัดเจนขึ้น

2. อัตราการเกิดโรคจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น

3. ลักษณะของโรคจะรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงที่มีความสามารถในการปรับตัวของร่างกายให้สมดุลลดน้อยลง อาการของโรคจึงรุนแรงและอันตรายมากกว่าวัยหนุ่มสาว แต่ลักษณะการเกิดโรคมักไม่ค่อยปรากฏอาการชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดไปได้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบหายใจจะมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ทำให้ความทนทานต่อการทำหน้าที่ของร่างกายได้น้อย ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ทำให้เกิดการติดแข็งของข้อ กล้ามเนื้อลีบ ไม่มีแรงในการเดิน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อกล้ามเนื้อและกระดูกต่อไป ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลับคืนสู่สภาวะปกติให้มากที่สุด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน เป็นต้น (จันทรา รณฤทธิวิชัย และ นิตยา ภาสุนันทร์, 2548: 117-119)

2.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติขณะพัก และคงสูงอยู่ตลอดเวลา

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการประชุมตกลงการแบ่งระดับของค่าความดันโลหิตตาม The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment

of High Blood Pressure (JNC) ในปี 1997 (Lueckenotte, 2000 อ้างใน จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2548) และได้แบ่งระดับตามตารางที่ 1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1. แสดงระดับของค่าความดันโลหิตตาม JNC

ระดับความดันโลหิต	ค่าความดัน Systolic (มม.ปรอท)	ค่าความดัน Diastolic (มม.ปรอท)
ความดันโลหิตที่เหมาะสม	<120	<80
ความดันโลหิตปกติ	<130	<85
ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ	130 - 139	85 - 89
ความดันโลหิต		
ระยะที่ 1 (mild)	140 – 159	90 – 99
ระยะที่ 2 (moderate)	160 – 179	100 - 109
ระยะที่ 3 (severe)	≥180	≥110

ที่มา: Lueckenotte, 2000

สาเหตุของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

1. ผลจากกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น ที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1.1 หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตัน (atherosclerosis) เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดเมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดจะตีบแข็งมากขึ้น ทำให้ขาดความยืดหยุ่น ขนาดของรูหลอดเลือดเล็กลง เป็นผลให้ความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือดสูงขึ้น

1.2 อัตราการกรองของไตจะลดลง และปริมาณเลือดที่ไปยังไตลดลง ซึ่งเป็นเหตุให้มีการคั่งของของเสียและ Electrolyte จึงทำให้มีการคั่งของของเหลวในร่างกายเพิ่มขึ้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ Rennin angiotensin system พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของ Rennin จะลดลงเป็นสาเหตุให้มีการกระตุ้นการสร้าง Rennin เพิ่มขึ้น

2. แบบแผนการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหารที่มีไขมันและ Cholesterol สูง อาหารรสเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

3. จากโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น เช่น โรคโลหิตจางอย่างรุนแรง โรคไตวาย โรคของต่อมธัยรอยด์หรือโรคบางโรค เช่น เบาหวาน ระดับ Cholesterol สูง เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

ปวดศีรษะแบบตื้อ ๆ มีเลือดกำเดาออก สับสน งุนงง สูญเสียความทรงจำ อาจมีอาการสั่นเล็กน้อย แต่บางรายอาจไม่มีอาการแสดงชัดเจนและมาด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ตามัว ไตวาย อัมพาต เป็นต้น

2.2 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Ischemic heart disease and myocardial infraction)

เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งอาการและอาการแสดงมักไม่เด่นชัดเหมือนในวัยผู้ใหญ่ ทำให้การวินิจฉัยผิดพลาด และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญด้วย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70ปีขึ้นไป จะมีอัตราตายสูงเป็น 2 เท่าของวัยผู้ใหญ่

สาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย

มักมีสาเหตุเช่นเดียวกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แต่การตีบแข็งของหลอดเลือด จะเกิดที่เหลอดเลือดแดง Coronary ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ถ้าการดำเนินของโรคมีเพียงเล็กน้อยก็จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ถ้ามีการดูแลรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพก็จะนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะเป็นอันตรายและรุนแรงมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด มี 2 ชนิด

1. ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ

2. ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับCholesterol สูง และการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ เบาหวาน โรคอ้วน ความเครียด เป็นต้น

อาการและอาการแสดง อาการมักซ่อนเร้น ไม่ชัดเจนเหมือนวัยผู้ใหญ่ อาการสำคัญที่ควรทราบ ได้แก่

1. อาการเจ็บหน้าอก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่ถ้ามีอาการมักรู้สึกแบบจุกแน่นบริเวณรอบ ๆ กระดูกหน้าอก (substernal pain) อาจมีอาการเจ็บร้าวไปยังแขน อาการเจ็บไม่หายไป แม้จะได้รับยา Nitroglycerine หรือนอนพักก็ตาม

2. เหงื่อออก แต่ถ้าผู้สูงอายุ อายุเกิน 75 ปีขึ้นไป พบว่าไม่ค่อยมีเหงื่อ

3. ความดันโลหิตต่ำ จากภาวะที่แรงบีบตัวของหัวใจลดลง ดังนั้น ผู้ป่วยมักมีอาการสับสน มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเปลี่ยนท่ามาเป็นท่ายืน ค่าความดัน Systolic อาจลดลง 20 – 30 mmHg. นานอย่างน้อย 1 – 2 นาที เพราะในผู้สูงอายุการ

ทำหน้าที่ของ baroreceptor reflex คือเมื่อความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลง จะส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมองลดลง ทำให้การตอบสนองและการปรับระดับความดันโลหิตช้าลงไปด้วย

4. อาการและอาการแสดงอื่น ๆ ได้แก่ เหนื่อยง่าย (dyspnea) ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุเกือบทุกราย อาการแสดงอื่น ๆ ได้แก่ ใจสั่น เป็นลม งุนงง หายใจสั้น ๆ ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น

2.3 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure)

ความหมาย เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดมาเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ พบว่าค่าประสิทธิภาพของการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงร้อยละ 20 – 25 ก็จะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

สาเหตุภาวะหัวใจล้มเหลว

1. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับหัวใจโดยตรง พบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ซึ่งทำให้แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออกมาจึงน้อยลงด้วย โรคของลิ้นหัวใจที่มีการตีบหรือรั่ว เช่น โรคลิ้นหัวใจ Aortic ลิ้นหัวใจ Mitral เป็นต้น และโรคความดันโลหิตสูง โรคเหล่านี้จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักมากเกินไป

2. สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจ เช่น โรคปอดบวม ต่อมธัยรอยด์โต ไข้ ภาวะซีด เป็นต้น สาเหตุเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อหัวใจโดยตรง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเช่นกัน

อาการและอาการแสดง ขึ้นกับพยาธิสภาพของหัวใจว่าเป็นตำแหน่งใด ได้แก่

1. ภาวะหัวใจล้มเหลวซีกซ้าย เลือดจะออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายลดน้อยลง ทำให้มีการคั่งของเลือดในหัวใจซีกซ้าย ซึ่งเมื่อถึงจุด ๆ หนึ่งเลือดจะไหลท้นกลับไปที่ปอดทำให้มีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ เหนื่อยง่าย เมื่อยล้า หายใจลำบาก อาจมีการหายใจลำบากขณะนอนหลับ (paroxysmal nocturnal dyspnea) และถ้ารุนแรงมากจะมีอาการปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ผู้ป่วยจะมีอาการไอ เสมหะอาจเป็นสีแดงเพราะมีเลือดและฟองอากาศปน

2. ภาวะหัวใจล้มเหลวซีกขวา เลือดจะออกจากหัวใจห้องล่างขวาลดน้อยลง ทำให้มีเลือดคั่งในหัวใจซีกขวามากขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถรับเลือดที่ไหลกลับมาจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้แรงดันของหลอดเลือดดำเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง คือ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (neck vein engorged) ตับ ม้ามโต ท้องมาน (ascites) และบวมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

ภาวะหัวใจล้มเหลว มักเป็นที่ซีกซ้ายมากกว่าซีกขวา แต่เมื่อเป็นแล้วมักจะทำให้หัวใจอีกซีกหนึ่งต้องทำงานเพิ่มขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งสองข้างตามมา

2.4 ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease, COPD)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชาย อัตราการเกิดโรคนี้ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ จะทำให้มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของปอดและอาการคล้ายกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่จะต่างกันที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักจะมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาการและอาการแสดงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ หายใจลำบาก มีเสียง wheeze ต้องใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจเพิ่มขึ้น และมีไอเรื้อรัง ซึ่งเป็นลักษณะของการอุดกั้นทางเดินหายใจ ในขณะที่ผู้สูงอายุทั่วไปจะมีอาการจากการทำหน้าที่ของทางเดินหายใจลดน้อยลง อาการไม่ทวีความรุนแรง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 3 โรค ได้แก่

1. โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) โรคนี้จะมีการทำลายผนังถุงลม ซึ่งอยู่ส่วนปลายของระบบทางเดินหายใจ ผนังถุงลมจะมีการยืดขยายหรือถูกฉีกขาด ทำให้ขาดความยืดหยุ่น ซึ่งมีผลต่อการระบายอากาศออกมาในขณะที่หายใจออก นอกจากนี้ช่องทางเดินของอากาศก็จะแคบลง เนื่องจากต่อมเมือกที่อยู่ในเยื่อบุทางเดินหายใจจะสร้างเมือก (mucus) ออกมา เมื่อผนังของถุงลมถูกทำลาย บริเวณที่จะมีการแลกเปลี่ยนก๊าซจึงลดลง

อาการและอาการแสดง เริ่มจากมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลัง ระยะแรกอาจมีหรือไม่มีอาการไอ ต่อมาจะมีอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น รูปร่างทรวงอกยังไม่เปลี่ยนแปลงชัดเจน ต่อมาจะมีรูปร่างผอมมากขึ้น แต่ทรวงอกมีขนาดใหญ่ขึ้น เนื่องจากต้องออกแรงในการหายใจ ถ้าไอก็จะไม่มีเสมหะ ผู้ป่วยจะมีระยะของการหายใจออกนานขึ้น และมีเสียง wheeze แต่ไม่มีภาวะเขียว

2. โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) เป็นโรคที่มีการติดเชื้อภายในหลอดลม (bronchi) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอติดต่อกัน และมีเสมหะเป็นเวลานาน 3 เดือนต่อปี เป็นติดต่อกัน 2 ปี ซึ่งพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมักเกิดในคนอายุมากกว่า 40 ปี

อาการและอาการแสดง มีอาการไอเรื้อรัง โดยเริ่มจากน้อย ๆ และค่อยเป็นค่อยไป มักเป็นตอนเช้า และเป็นมากหลังสูบบุหรี่ หรือต่อ ๆ มาผู้ป่วยมักบ่นว่ารู้สึกแน่น อึดอัดในช่องอก เหนื่อยง่ายขณะออกกำลัง มีภาวะเขียว หัวใจโต และมีภาวะพร่องออกซิเจนมาก มีระดับของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง มีผลให้หลอดเลือดฝอยที่ปอดหดตัว ความต้านทานภายในปอดสูงขึ้นและหัวใจซีกขวาต้องทำงานหนักจนเกิดภาวะหัวใจวายซีกขวาซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า Cor pulmonale

3. โรคหืด (asthma) เป็นโรคที่มีการหดเกร็งของท่อลม (trachea) และหลอดลมทำให้ทางเดินหายใจแคบลงหรือมีการอักเสบของทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการบวม และสร้างเมือกออกมาเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง หายใจลำบาก และได้ยินเสียง wheeze ขณะหายใจหายใจเร็ว ต้องใช้กล้ามเนื้อทรวงอกช่วยในขณะหายใจ หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก

สาเหตุของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. บุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุด ควันบุหรี่จะมีผลต่อผู้สูบบุหรี่และผู้อยู่ใกล้ชิด โดยจะไปทำลายต่อเยื่อบุทางเดินหายใจ สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้เซลล์ขน (cilla) ไม่เคลื่อนไหว ซึ่งเซลล์ขนนี้เป็นตัวการสำคัญในการโบกพัดสิ่งแปลกปลอมให้ออกจากทางเดินหายใจ นอกจากนี้สารในบุหรี่ยังไปกระตุ้น globlet cells ให้สร้างสิ่งคัดหลั่งและเมือกเพิ่มมากขึ้น หลอดลมจะมีการหดเกร็งมากขึ้น ทำให้ความต้านทานภายในปอดสูงขึ้น กลไกดังกล่าวนี้ทำให้ผู้สูงอายุขับเสมหะออกได้ลำบากและการระบายอากาศในปอดลดลงด้วย จึงเกิดการติดเชื้อ มีการทำลายเยื่อบุผิว มีผลทำให้หลอดลมตีบแคบถาวร

2. ความผิดปกติของเส้นใย elastin และ collagen ซึ่งเป็นเส้นใยที่พบได้ในโครงสร้างของทางเดินหายใจ โดยจะอยู่รอบหลอดลมเล็ก ๆ และถุงลม ทำให้ถุงลมไม่แฟบขณะหายใจออกเมื่ออายุมากขึ้น เส้นใยเหล่านี้จะมีการเชื่อมกันตามขวาง ทำให้ขาดความยืดหยุ่น ซึ่งจะมีผลต่อการยืดขยาย ถุงลมแฟบเร็วกว่าปกติ และการแลกเปลี่ยนก๊าซเสียไป

3. การขาด α 1 — antitrysin (A1 AT) ในผู้สูงอายุระดับของเอ็นไซม์นี้มักลดลง เอ็นไซม์นี้จะมีหน้าที่ทำให้ถุงลมมีการยืดขยายดี เมื่อขาดเอ็นไซม์นี้ไปจะทำให้เกิดการทำลายผนังกั้นของถุงลมและรวมตัวกันเป็นถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น และมีการทำลายเนื้อปอด

4. มลภาวะ เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ เขตโรงงานอุตสาหกรรมหรือการจราจรคับคั่ง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อบุทางเดินหายใจ ทำให้ globlet cells มีจำนวนเพิ่มขึ้น แรงต้านในหลอดลมสูงขึ้น มีผลให้เกิดการหดเกร็งตามมา และมีลมค้างในปอดเพิ่มขึ้น

5. การติดเชื้อ ผู้สูงอายุมักมีความต้านทานต่อโรคลดลง จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจง่ายขึ้น มีผลให้เกิดอาการอักเสบและผลิตเสมหะมากขึ้น มีการบวมของผนังหลอดลมเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ

พยาธิสรีรภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ผลจากการที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจ ซึ่งอาจเกิดจากโรคหืดที่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ผนังหลอดลมบวม และมีการคั่งของเลือดในหลอดเลือด รวมทั้งมีการคั่งของของเหลวในช่องว่างระหว่างเซลล์ด้วย ต่อมต่าง ๆ ที่อยู่ในผนังหลอดลมจะมีการขับมูกที่

เหนียวมาเกาะแน่นกับผนังหลอดลมหรือถ้าเป็นในโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังและโรคถุงลมโป่งพอง จะมีการเสื่อมทำลายของผนังถุงลม ทำให้ผนังถุงลมฉีกขาด เกิดการรวมตัวกันของถุงลมเล็ก ๆ เป็นถุงลมใหญ่ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดเสียไป นอกจากนี้หลอดเลือดฝอยที่ผนังถุงลมถูกทำลายไปบางส่วนด้วย เกิดการอักเสบและการหดเกร็งของหลอดลมตามมา

จากพยาธิสภาพของโรคทำให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ การระบายอากาศภายในปอดลดลงและไม่ทั่วถึง การแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ถุงลมลดลง ออกซิเจนในเลือดต่ำ แต่มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดมากขึ้น ซึ่งจะมีผลกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้หายใจเร็วขึ้น เพื่อจะได้ขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมา แต่เมื่อโรคลุกลามมากขึ้นระดับของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงยิ่งเพิ่มมากขึ้น เกิดสภาวะกรดจากการหายใจ หลอดเลือดในปอดมีการหดเกร็งมากขึ้น ความต้านทานของหลอดเลือดในปอดจึงสูงขึ้น

ในขณะเดียวกันเมื่อมีระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง ร่างกายมีการปรับตัวโดยการกระตุ้นให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น เลือดจึงมีความหนืดเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดในปอดสูงขึ้นเช่นกัน มีผลให้แรงดันในปอดสูง เลือดออกจากหัวใจห้องล่างขวาจึงไหลมายังปอดน้อยลง เกิดการคั่งของเลือดในหัวใจห้องล่างขวาตามมา ภาวะนี้เรียกว่า Cor pulmonale

ในระยะท้ายศูนย์หายใจจะไม่ตอบสนองต่อระดับคาร์บอนไดออกไซด์ที่สูงมากอีกต่อไป แต่จะถูกกระตุ้นด้วยภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ

2.5 เบาหวาน (Diabetes mellitus)

เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายตามมา โรคนี้พบในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.5 หรือพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 – 74 ปี จะเป็นโรคเบาหวาน 1:5 (Staab and Hodges, 1996: 259 อ้างใน จันทนา รณฤทธิวิชัย และนิตยา ภาสุนันท์; 2545)

สาเหตุของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

1. ความผิดปกติของการทำหน้าที่ของอินซูลิน

2. ความเครียด ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวจึงก่อให้เกิดความเครียดได้ และความเครียดนี้จะมีผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนบางชนิดเพิ่มขึ้น ได้แก่ catecholamine, glucagons, growth hormone และ cortisol ซึ่งทั้ง 4 ชนิดมีฤทธิ์ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

3. ความอ้วน คนอ้วนจะมีเซลล์ไขมันจำนวนมาก และขนาดของเซลล์ไขมันจะขยายใหญ่ด้วย เมื่อไขมันไปรวมตัวกับอินซูลิน จะมีรูปแบบเป็นชนิด inactive insulin ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินลดลง

4. ผลจากยาหรือสารเคมีบางชนิด ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังบางชนิด มักมีร่างกายอ่อนแอและอาจได้รับยาหลายชนิด ซึ่งยาบางชนิดทำให้น้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้

5. การขาดการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมักมีสมรรถภาพในการออกกำลังกายลดลง การตอบสนองของเนื้อเยื่อต่ออินซูลินจึงลดลง

6. พันธุกรรม เป็นที่ยอมรับกันว่าโรคนี้เป็นพันธุกรรม และพบว่าในคู่แฝด ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคเบาหวาน อีกคนหนึ่งมีโอกาสเป็นโรคนี้ด้วยถึงร้อยละ 90

พยาธิสรีรภาพของโรคเบาหวาน

เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ จะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่สำคัญดังนี้

1. ระบบหลอดเลือด จะมีผลต่อโครงสร้างของหลอดเลือดเล็ก ๆ (microangio pathy) เนื่องจากน้ำตาลจะไปจับฮีโมโกลบินบนเม็ดเลือดแดงสูงขึ้นและจับอย่างเหนียวแน่น ทำให้การปล่อยออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง จึงเกิดการขาดออกซิเจนตามมา ระยะแรกจะมีการขยายของหลอดเลือดฝอย และหลอดเลือดดำขนาดเล็ก ๆ ต่อ ๆ มา ถ้าเนื้อเยื่อยังขาดออกซิเจนอยู่จะมีการเจริญงอกงามของเยื่อบุผิวชั้นในของหลอดเลือด มีผลทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด การโป่งพองของผนังหลอดเลือด (microaneurysm) และมีการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ (neovascularization) พยาธิสภาพนี้เกิดขึ้นทั่วร่างกาย แต่ที่สำคัญ ได้แก่ ตาและไต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีผนังหลอดเลือดตีบแข็ง ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยงได้ง่ายขึ้น อวัยวะต่าง ๆ จะขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดเนื้อเยื่อเน่าตาย (gangrene) ได้

2. ไต (diabetic nephropathy) นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือดแล้ว หน่วยไตและหลอดไตฝอยจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้อัตราการกรองของไตในระยะแรกเพิ่มขึ้น และมีการสูญเสียโปรตีนออกมากับปัสสาวะเกิดกลุ่มอาการ nephotic ต่อมาจะพบไตวายเรื้อรัง นอกจากนี้การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุหญิง

ในผู้สูงอายุ การทำหน้าที่ของไตจะมีพิกัด (renal threshold) สูงขึ้น จึงไม่ค่อยสูญเสียน้ำตาลออกมากับปัสสาวะ นอกจากจะมีน้ำตาลในเลือดสูงมาก ๆ อาจสูงถึง 300 มก./ดล. จึงจะตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ซึ่งต่างจากวัยหนุ่มสาวที่อาจพบน้ำตาลในปัสสาวะได้ เมื่อมีน้ำตาลในเลือดประมาณ 150 – 180 มก./ดล.

3. ตา (diabetic retinopathy) มักมีพยาธิสภาพที่จอรับภาพของตาทั้ง 2 ข้าง เท่า ๆ กัน แบ่งได้เป็น 2 ชนิด

3.1 background diabetic retinopathy จะมีเลือดไปเลี้ยงจอรับภาพไม่เพียงพอทำให้เกิดการโป่งพองของหลอดเลือดเล็ก ๆ (microaneurysm)

3.2 proliferative diabetic retinopathy มีการสร้างหลอดเลือดขึ้นใหม่ที่รอบ ๆ หัวของประสาทตา ทำให้เกิดการดึงรั้งและมีเลือดออกในช่องตาด้านหลัง (vitreous hemorrhage) จอรับภาพจะหลุดลอก การมองเห็นจะลดลง ตามัว

นอกจากนี้ ถ้าผู้สูงอายุควบคุมน้ำตาลไม่คงที่จะทำให้มองภาพไกลไม่ชัด เหมือนคนสายตาสั้น เนื่องจากความเข้มข้นของน้ำตาลในเลนส์ตาสูง จึงดูดน้ำเข้ามาทำให้เลนส์ตาบวม และอาการเหล่านี้จะหายไป เมื่อควบคุมน้ำตาลได้

4. ระบบประสาท ถ้ามีน้ำตาลในเลือดสูงและมีฮีโมโกลบินจับกับน้ำตาลสูง จะทำให้การนำสัญญาณประสาทช้าลง ผู้ป่วยมักมีอาการชาที่อวัยวะส่วนปลาย พบมากที่เท้าและลุกลามขึ้นมาเรื่อย ๆ บางรายอาจมีอาการอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral neuritis) จะมีอาการปวดแสบปวดร้อน การรับรู้ของผู้สูงอายุจะลดลง เกิดแผลได้ง่าย และลุกลามเป็นเนื้อเน่าตาย

5. ระบบเลือด เม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นและเม็ดเลือดขาวจะทำหน้าที่จับกินเชื้อโรคได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานของระบบน้ำเหลืองและระบบภูมิคุ้มกันก็ลดลงอยู่แล้ว จึงทำให้เกิดการติดเชื้อราได้ง่าย ในผู้หญิงมักคันที่อวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ชายมักมีอาการอักเสบที่องคชาต หรือมีการติดเชื้อที่ปอดและผิวหนังได้ง่าย

6. ระบบผิวหนัง (diabetic dermopathy) เมื่อมีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จะมีผลทำให้ Cholesterol ในเลือดสูงตามมา มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะของผิวหนัง เช่น มีตุ่มนูนสีน้ำตาลแดงที่สันหน้าแข้ง หรือมีแผ่นไขมันเกาะจับบริเวณข้อศอก ด้านหลังต้นขา ก้น (xanthoma diabeticorum) นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีผิวแห้ง ยิ่งส่งเสริมให้เกิดอาการคันมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานในผู้สูงอายุ

1. ภาวะหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูงแต่ไม่มี ketone คั่ง (hyperglycemia hyperosmolar nonketotic coma, HHNC) อาการและอาการแสดง มีอาการขาดน้ำมาก หายใจตื้นแต่ไม่หอบ หายใจไม่มีกลิ่น acetone มีอาการชักเฉพาะที่หรือชักทั้งตัว หมดสติ ตรวจพบ babinski sign positive และมีการทำงานผิดปกติของไต หัวใจร่วมด้วย

2. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ รับประทานอาหารน้อยเกินไป ออกกำลังกายมากเกินไปหรือรับประทานยามากเกินไป เนื่องจากสายตาไม่ดีและมักจะลืมรับประทานยา นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากการขับถ่ายของยาช้าลงทำให้มีระดับยาในเลือดสูงขึ้น อาการและอาการแสดง จะเกิดกับสมองเป็นอันดับแรก มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระบบประสาท Sympathetic ถูกกระตุ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น มือสั่น หิว ชีพจรเต้นเร็ว กระสับกระส่าย ซีด และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการมึนงง สับสน ขาดสมาธิ ง่วงนอนตาพร่ามัว ความจำเสื่อม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง จนมีอาการชัก

อัมพาต รูม่านตาขยายและหมดติ แต่อาการและอาการแสดงในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอาจไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักลด เมื่อยล้า มีอาการคันที่อวัยวะสืบพันธุ์ มีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีการติดเชื้ออย่างเรื้อรัง แผลหายช้า

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ระบบต่อมไร้ท่อ อาการและอาการแสดงอาจไม่ชัดเจน การดูแลตนเองและการเอาใจใส่ในสุขภาพ จะทำให้ทราบความผิดปกติของตนเองและได้รับการดูแลได้อย่างทันท่วงที ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมไม่ให้อาการของโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในสหรัฐอเมริกาอย่างรวดเร็ว ทำให้การเข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ในขณะที่แบบแผนการดำเนินชีวิตทำให้มีสุขภาพดีขึ้น และเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นพร้อมกับมีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าในปี 2030 ประชากรประมาณ 150 ล้านคน จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากภาวะเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การย้ายถิ่นฐาน การเกิดโรคใหม่ ๆ ก่อให้เกิดภาวะคุกคามอย่างต่อเนื่องที่พร้อมจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดูแลในภาวะฉุกเฉิน เมื่อปัญหาความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น พร้อมกับอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนที่พบได้ในผู้สูงอายุ ทำให้ความต้องการในการประเมินร่างกาย การตรวจวินิจฉัย ต้องเริ่มทำการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และพบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 ใน 3 ได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินมาก่อน (Clark & Normile, 2002) การมาตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในช่วง 6 เดือน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Chen et al, 2003) แต่บ่อยครั้งที่ไม่เตียงรองรับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องรอเตียง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน (Clark & Normile, 2002)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กลับมาตรวจซ้ำภายใน 3 วัน มีประมาณร้อยละ 3 เนื่องจากความเจ็บป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นและคาดหวังไม่ได้ เป็นเหตุให้ต้องกลับมาตรวจรักษาซ้ำ เพื่อให้เกิดความแน่ใจ บางส่วนก็มีเหตุผลที่ไม่ชัดเจน (Gordon et al, 1998)

3.1 ความหมายของการกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำ

Gordon (1998) ให้ความหมายว่า การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว (early return visited) คือ การกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำ 2 ครั้งภายใน 3 วัน

Lucas & Sanford (1998) ให้ความหมายว่า ผู้ที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินบ่อย (frequent users) คือ ผู้ที่เคยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน 2 ครั้ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หรือ 4 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

Welch (1999) ให้ความหมายว่า ระยะห่างของการกลับเข้ามารับการตรวจซ้ำ (revisit interval) เริ่มตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 1 ปี ส่วนใหญ่คือ 2 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือน

McCusker (2000) ให้ความหมายว่า การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว (early return visited) คือ การกลับมาภายใน 30 วัน และการกลับมาบ่อยหรือถี่ (frequent return) คือ การกลับมา 3 ครั้งขึ้นไป ภายใน 6 เดือน

Friedmann et al (2001) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำ และอาจต้องนอนโรงพยาบาล ภายใน 30 – 90 วัน

Riggs et al (2003) ให้ความหมายว่า การกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว (early visited) คือ ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และกลับเข้ามาตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 72 ชั่วโมง และการกลับมาบ่อยหรือถี่ (Frequent visit) คือ ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และกลับมา 4 ครั้งขึ้นไป ภายใน 1 ปี

Saynajakangas et al (2004) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้งภายในวันเดียวกัน ให้นับระยะห่างของการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำเป็น 1 วัน

สรุป การกลับมาตรวจรักษาซ้ำ หมายถึงจำนวนวันเฉลี่ยของการมารับบริการอีกครั้งหลังจากที่เคยมารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน หรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยและแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 90 วันที่ผ่านมา

3.2 ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ

ในอดีตหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรีบด่วน และตั้งแต่ปี 1950 เป็นต้นมา พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการไม่รีบด่วนมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยบางคนสามารถไปรับการรักษาที่ระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนได้ และเมื่อได้รับการรักษาแล้วส่วนใหญ่แพทย์ให้กลับบ้านได้ (Mumford, 1983 cited in Rassin et al., 2006; Necker et al., 1999) ในประเทศสหรัฐ พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินเป็นผู้ที่มีอาการไม่รีบด่วนประมาณร้อยละ 85 (Phelps et al., 2000) และมีความสัมพันธ์กับปริมาณงานที่เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น (Necker et al., 1999; Lowe and Abbuhl, 2001;) ข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ยังไม่มีมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่ชัดเจน รวมทั้งผู้ป่วย ญาติหรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ ก็ยังมีความเห็นที่ไม่ตรงกันว่าสิ่งใดที่จะเป็นข้อบ่งชี้ของการเข้ามารับ

บริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน (Livnat et al., 2000; Lowe and Abbuhl, 2001) และพบว่าบางครั้งผู้ป่วยก็ตัดสินใจลำบากว่าควรมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินทันทีที่มีอาการหรือควรรอมาพบแพทย์ชุมชน (Padgett and Brodsky, 1992 cited in Rassin et al., 2006) จากการศึกษาของ Kne et al. (1998) พบว่า ร้อยละ 71 ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินบ่อยครั้ง เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผู้ป่วยที่มารับบริการนอกราชการมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องการการดูแลที่รีบด่วนและไม่สามารถไปรับบริการที่หน่วยงานใด ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Northington et al. (2005) พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ร้อยละ 76.1 เชื่อว่าจะได้รับการดูแลที่ดี ร้อยละ 73.6 เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยมีความรีบด่วนต้องการการดูแลอย่างทันทีทันใด สอดคล้องกับการศึกษาของ Rassin et al. (2006) พบว่า ร้อยละ 68.57 เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเลือกมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นหน่วยงานแรกที่สามารถมารับบริการได้ตลอดเวลาและสะดวก

สรุป ลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ หมายถึง จำนวนวันเฉลี่ย เหตุผลและช่วงเวลาของการมารับบริการอีกครั้งหลังจากที่เคยมารับบริการในหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน หรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยและแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 90 วันที่ผ่านมา

3.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังกับการกลับเข้ามารับการตรวจซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

โรคเรื้อรัง คือ กระบวนการของโรคที่ต้องการการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และสมรรถภาพจะเกิดการถดถอยค่อนข้างมากเมื่อมีอายุประมาณ 70 – 80 ปี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 63) โรคเรื้อรังหลายชนิดมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุ และอายุยิ่งมากขึ้น โรคเรื้อรังก็จะมากขึ้นตามไปด้วย (Chan et al, 2002) ผู้ป่วยสูงอายุจึงมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเข้าสู่ระยะพึ่งพาเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al (2002) พบว่าอายุเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญของการมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น และมีความถี่มากขึ้น (Friedmann et al, 2001; Aminzadeh & Dalziel, 2002; Martin – Gill & Reiser, 2004; Fuda & Immekus, 2006) จากการศึกษาของ Watson (1999) พบว่าผู้สูงอายุที่กลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำอีกให้เหตุผลว่า เนื่องปัญหาสุขภาพได้รับการแก้ไขไม่ครบถ้วน

ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนของการเข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นและจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งได้มีการตรวจตราเฝ้ามอง (sentinel event) ลักษณะของผู้สูงอายุที่มารับบริการ พบว่ามีความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและ

มีการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ประมาณ 1 ใน 4 กลับมาภายใน 90 วัน ผู้สูงอายุที่เคยเข้ามารับการตรวจรักษาจะมีความเสื่อมการทำหน้าที่ของร่างกาย มีภาวะพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือมากกว่าก่อนเข้าโรงพยาบาล (Water, 1987) และคุณภาพชีวิตที่ลดลง เป็นตัวแปรที่ทำนายการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน การนอนโรงพยาบาลหรือการเสียชีวิต ภายหลังจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ภายในระยะเวลาอันสั้นและภายในระยะเวลานาน การทำหน้าที่ด้านร่างกายและสุขภาพจิตที่ไม่ดี (poor physical functioning and mental health) ขาดหลักประกันการทดแทน (lack of supplemental insurance) การมีหลายโรค (comorbidities) การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (noncompliance with medication) ความบกพร่องของระดับเชาวน์ปัญญา (cognitive impairment) (Meldon et al, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ McCusker (1997) พบว่าระยะเวลา 1 เดือน ภายหลังจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน อัตราการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำสูงมาก และได้รับการวินิจฉัยเหมือนเดิม การรับประทานยาหลายชนิดร่วมกัน (เช่น โรคหัวใจและภาวะซึมเศร้า) และด้านสังคม (ขาดการสนับสนุนทางสังคมและสถานภาพสมรส) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำนายการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็วและมีความถี่บ่อย (early and frequent returns)

4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่กำหนดความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (unhealthy states) ของผู้ป่วย (Heitkemper and Shaver, 1989 อ้างถึงใน รุ่งนภา บุญประดิษฐ์, 2536) ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลมีทั้งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่น อายุ พันธุกรรม และที่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการตอบสนองด้านการควบคุมสรีรวิทยา ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะมีประสบการเกี่ยวกับโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังแตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุน้อยน่าจะมีประสบการณ์ที่สั้นกว่า รุนแรงกว่า และมีสภาพเฉียบพลันมากกว่า ส่วนผู้ที่มีอายุมากน่าจะมีประสบการณ์โรคเรื้อรังที่ยาวนานมากกว่า ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังมักจะมาพร้อมกับวัยสูงอายุ จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ 2545 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้สูงอายุป่วยในทุกโรคและทุกอาการของโรคมากกว่ากลุ่มอื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) และจากการศึกษาของ Silverman et al (2004) และ Carter, Datti & Winter (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และมีสัดส่วนมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป

อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผู้ที่มีอายุ 75 ปี จะมารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง (Meldon, Ma & Woolard, 2004: 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ Iwata et al (2006) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 80 - 90 ปีขึ้นไป ร้อยละ 79 เข้ามารับบริการ 1 ครั้ง ร้อยละ 9.5 เข้ามารับบริการ 2 ครั้ง ร้อยละ 7.5 เข้ามารับบริการ 3 ครั้ง และร้อยละ 4 เข้ามารับบริการ 4 ครั้งหรือมากกว่า และอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลับเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินซ้ำ (Martin - Gill & Reison, 2004) ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นผู้ที่มีสัดส่วนความถี่สูงในการเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน (Brymer et al., 2001)

เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้านและให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย จากการศึกษาของ Heggestad (2002) พบว่า ผู้สูงอายุชายมีโอกาสในการกลับเข้ามารับบริการซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินสูง เนื่องจากมีคู่สมรสหรือบุตรสาวเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพบอาการเจ็บป่วยจะรีบพาผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุชายที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงได้รับการดูแลมากกว่าเพศหญิง (Shoben, 1992 cite in Ebersole & Hess, 2005:327) จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุเพศหญิง คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 35.3 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก/โสด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) และผู้สูงอายุหญิงมีอายุคาดหวังมากกว่าผู้สูงอายุชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545: 52) จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ 2545 พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของการเป็นโรคหรืออาการของโรคมากกว่าผู้สูงอายุชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุหญิงจึงต้องการการดูแลสนับสนุนจากบุตรหลานมากกว่า (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545: 52) จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่าผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายไปใช้บริการสถานพยาบาลที่มีแพทย์ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

ความเพียงพอของรายได้ ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจการเงิน ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา และเนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและความมั่นคงทางฐานะทางสังคม (Eplioulos, 1997) ดังนั้นเศรษฐานะทางสังคมจึงเป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพและยังเป็นแหล่งให้เกิดความหวังกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540: 142) ความไม่เพียงพอของรายได้ เป็นปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีความห่วงและกังวลมากที่สุด แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุส่วนมากมาจากบุตร รองลงไปคือเป็นรายได้จากการทำงานของตนเองหรือของคู่สมรส (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 5-3) จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่า

ผู้สูงอายุเกินครึ่งมีความรู้สึกเรื่องรายที่ได้รับต่อเดือนว่าเพียงพอ ร้อยละ 54.0 และเกือบครึ่งรู้สึกว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 40.8 เกือบ 1 ใน 3 มีรายได้น้อยกว่าเส้นยากจน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) จากการศึกษาของ พรทิพย์ สินประสงค์ (2532) พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีความรุนแรงของโรคสูง และจากการศึกษาของ Friedmann et al (2001) พบว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนด้านการเงินหรือการประกันชีวิต เป็นตัวทำนายที่ดีของการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ สอดคล้องกับศึกษาของ Kozilo - McLain et al (2000) พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะเกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกาย จึงเข้ามารับบริการที่หน่วย อุบัติเหตุ - ฉุกเฉินซ้ำบ่อย ๆ โดยมีอาการไม่รีบด่วน

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสนใจในการดูแลตนเองต่างกัน ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะไม่ร่วมมือในการรักษา และไม่ใคร่สนใจเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ต่างกับผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงจะให้ความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะมารับการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการเพียงเริ่มแรก ส่วนผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักจะไม่ค่อยสนใจตนเอง จนเมื่อมีอาการมากแล้วจึงได้มาโรงพยาบาล (พรทิพย์ สินประสงค์, 2532)

5. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา

จากการที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพไปตามธรรมชาติ มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานทางสรีรวิทยาและจิตใจซึ่งมีผลต่อการใช้ยา ความต้านทานโรคน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากมีโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรับประทานยาจึงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีความรุนแรงมากขึ้นและต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคและได้รับการรักษาโดยแพทย์หลายท่าน ทำให้เกิดแนวโน้มที่จะได้รับยาหลายชนิด และปัญหาที่ตามมา คือปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือใช้ยาไม่ถูกต้อง ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลหรือเกิดการดื้อยา เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาจต้องเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีประสิทธิผลมากขึ้น มีราคาแพงขึ้น เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (ปิยพร สุวรรณโชติ, 2543)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (medication noncompliance) หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับแพทย์หรือเภสัชกร ซึ่งมีคำอื่นที่ใช้กันอีก เช่น medication non – adherence, medication non – concordance (ปิยพร สุวรรณโชติ, 2543; Armour & Cairns, 2002)

5.1 ประเภทของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของผู้ป่วย ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยตั้งใจ ได้แก่ การไม่ใช้ยาหรือปรับขนาดยา เนื่องจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา อาการของโรคดีขึ้น ไม่ยอมรับประทานยาที่มีราคาสูงขึ้น หรือขาดความเชื่อถือในคำแนะนำของแพทย์ ส่วนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยไม่ได้ตั้งใจ ได้แก่ การไม่ใช้ยาหรือปรับขนาดยา เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขนาดของยา เวลาที่เหมาะสมในการใช้ยา หรือการบริหารยาที่ถูกต้อง รวมทั้งเนื่องจากแบบแผนการใช้ยาที่ซับซ้อน และปัญหาเรื่องความจำของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

5.1.1 การใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจตั้งใจที่จะใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจากเชื่อว่าการใช้ยาในขนาดที่สูงขึ้นจะช่วยให้อาการหรือโรคหายเร็วขึ้น ผู้ป่วยอาจมีประสบการณ์ในการใช้ยาซึ่งมีผลการออกฤทธิ์เร็ว ทำให้คิดว่าการใช้ยาในขนาดที่สูงขึ้นจะหายเร็วขึ้นหรือจากปัญหาราคายาที่สูงทำให้ผู้ป่วยคิดว่าการใช้ยาในขนาดที่มากกว่าที่แพทย์สั่งจะช่วยให้อาการหรือโรคหายเร็วขึ้น ทำให้ลดค่ายาโดยรวมหากต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุอาจใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่งโดยไม่ได้ตั้งใจ อาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายหลายอย่างโดยเฉพาะปัญหาเรื่องความจำ ทำให้ผู้ป่วยลืมใช้ยา สับสนในเรื่องขนาดยาที่ต้องใช้ หรือเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาเพื่อการรักษา

5.1.2 การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง จัดเป็นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยอาจตั้งใจที่จะใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจากราคายาที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีรายได้จำกัด อาจซื้อยาเฉพาะยาที่คิดว่าสำคัญหรือพอจัดหาได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะที่ไม่แสดงอาการ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยา ทำให้ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

ผู้ป่วยสูงอายุอาจใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งโดยไม่ตั้งใจ เช่นเดียวกับกรณีการใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง คือ มีปัญหาเรื่องความจำ ทำให้ผู้ป่วยลืมใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ บางรายอาจสับสนในเรื่องขนาดของยาที่ใช้ โดยเฉพาะเมื่อต้องใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน หรืออาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงทำให้ใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

5.1.3 การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการจัดระยะห่างของการใช้ยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม หรือการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับมื้ออาหารไม่ถูกต้อง เช่น ยาที่แพทย์สั่งก่อนอาหารผู้ป่วยใช้หลังอาหาร บางรายตั้งใจที่จะใช้ยาต่างจากที่แพทย์สั่ง เนื่องจากความไม่สะดวกหรือกลัวลืมใช้ยา เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ยาร่วมกันหลายชนิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาลดระดับไขมันในเลือดชนิดรับประทานก่อนอาหารเพียงชนิดเดียว ในขณะที่ยาชนิดอื่นต้องรับประทานหลัง

อาหาร ผู้ป่วยอาจรับประทานหลังอาหารพร้อมกันหมดทุกชนิด โดยไม่ทราบว่ามีความจำเป็นอย่างไรจึงต้องรับประทานยาก่อนอาหาร เป็นต้น

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม อาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ยาเป็นเวลานาน บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่ได้อ่านฉลากยาทุกครั้งที่ได้รับยา หรือบางรายอาจอ่านหนังสือไม่ออกและไม่ได้ให้ญาติหรือผู้ดูแลช่วยดูยาให้ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาในเวลาที่ต่างจากที่แพทย์สั่ง

5.1.4 การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยสูงอายุอาจตั้งใจที่จะใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เนื่องจากญาติหรือเพื่อนซึ่งมีอาการเดียวกันนำยามาให้ใช้ หรือการไปรับการรักษากับแพทย์หลายท่าน หรือผู้ป่วยที่ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร

ผู้ป่วยบางคนอาจไม่ตั้งใจที่จะใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง เช่น การที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์หลายท่าน และไม่กล้าแจ้งแพทย์ที่ทำการรักษาในปัจจุบันว่ากำลังใช้ยาอะไรอยู่ ทำให้ได้รับยาเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับยาแต่ละชนิด ทำให้รับประทานยาซ้ำซ้อนหรือใช้ยานอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

5.2 ผลเสียจากความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง

ความไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง มักจะทำให้เกิดผลเสียตามมา แต่จะมากหรือน้อยขึ้นกับลักษณะและระดับของการใช้ยาคลาดเคลื่อนจากที่แพทย์สั่ง

5.2.1 การใช้ยาน้อยกว่าที่สั่ง อาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควรหรือล้มเหลวโดยไม่จำเป็น

5.2.2. เมื่อเห็นว่าการรักษาไม่ได้ผล แพทย์อาจเปลี่ยนยาหรือเลื่อนลำดับขั้นการรักษาให้สูงขึ้น เป็นยาที่มีพิษหรืออาการข้างเคียงมากกว่า

5.2.3 เป็นการสิ้นเปลือง เนื่องจากการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ต้องใช้ยาเพิ่มขึ้น อาจต้องใช้ยาที่มีราคาแพงมากขึ้น

5.2.4 การที่ผู้ป่วยเพิ่มขนาดยาเองหรือใช้ยาอื่นร่วมด้วยโดยที่แพทย์ไม่ทราบ อาจทำให้เกิดอันตรายจากยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์ เพิ่มโอกาสเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาหรือเกิดพิษร่วมกัน

5.2.5 การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้การรักษาไม่ได้ผล การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น

5.2.6 การที่ผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามสั่งแล้วเป็นผลให้การรักษาล้มเหลว เกิดอาการแทรกซ้อนหรือเกิดพิษจากยา ทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ต้องกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำหรือ

อาจต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้า ต้องแยกตัวออกจากสังคม คุณภาพชีวิตลดลง

5.3 ความไม่ร่วมมือในการรักษากับการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

กระบวนการสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพของร่างกายที่เป็นไปตามธรรมชาติ มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานทางสรีรวิทยาและจิตใจซึ่งมีผลต่อการใช้ยา ความต้านทานโรคน้อยลง มีการเกิดโรคได้สูง มีโรคประจำตัวหลายโรคและได้รับการรักษาโดยแพทย์หลายท่าน ได้รับยาหลายชนิด การใช้ยาเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์ (2532) พบว่าจำนวนครั้งที่ต้องใช้ยาทั้งหมดใน 1 วัน (มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน) มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้มากกว่าในกลุ่มอายุอื่น และ อินทิรา เตรียมอมรวุฒิ (2534) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วย คือปัญหาซับซ้อนของโรค ปิยพร สุวรรณโชติ (2543) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 48.6 โดยการรับประทานยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 70.0 การลืมกินยา ร้อยละ 60.0 ทำให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ginde et al (2003) พบว่าการมีหลายโรค การใช้ยาหลายชนิด ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามาการตรวจรักษาซ้ำ และเกือบร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาทั้งหมด เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการรักษา และ Meldon et al (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำ ร้อยละ 41 เนื่องจากมีการใช้ยาหลายชนิด การไม่ยอมรับประทานยา (Tafreshi et al, 1999)

6. แนวคิดการคัดกรองผู้ป่วย

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคล ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการรักษาและการช่วยเหลือดูแลที่ยาวนานตลอดชีวิต และการรักษาจึงไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดเวลา ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองทุกวันที่บ้านได้ อาจกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราวเมื่อมีอาการกำเริบหรือมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ไม่รู้สึกตัวมีภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ซึ่งเป็นอาการเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการดูแลอย่างรีบด่วน Aminzadeh & Dalziel (2002) พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ามารับการตรวจรักษา การวินิจฉัยที่พบบ่อย คือ โรคหัวใจขาดเลือด หัวใจวายเลือดคั่ง หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นลม ปอดอักเสบ การติดเชื้อ

ในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งต้องการการดูแลที่รีบด่วน และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าคนวัยหนุ่มสาวถึง 2.5 – 4.6 เท่า แต่จากการศึกษาของ Koziol – McLain et al (2000) โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีปัญหาความเจ็บป่วยไม่รีบด่วน แต่จะเกิดความทุกข์ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ต้องการการดูแลอย่างรีบด่วน และหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน คือหน่วยงานที่สะดวกและมีคุณภาพที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Rassin et al (2006) ที่ให้ผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาได้ประเมินความรีบด่วนของอาการเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุทุกคนประเมินตนเองว่า มีอาการรีบด่วนและรีบด่วนมาก

6.1 ความหมายของการคัดกรอง

"Triage" มาจากคำว่า "Trier" เป็นภาษาฝรั่งเศส หมายถึง การคัดออกหรือการคัดแยก คำนี้ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกในสมรภูมิยุโรปในสงครามโลกครั้งที่ 1 เนื่องจากมีทหารบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก และมีข้อจำกัดในการรักษาพยาบาล จึงต้องจัดแบ่งกลุ่มทหารตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ เพื่อให้ความช่วยเหลือตามลำดับความรุนแรงนั้น

สุดาพรรณ ธัญจิรา และคณะ (1998) กล่าวว่า การจำแนกประเภทผู้ป่วย หมายถึง ขบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อตัดสินความรีบด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหา และจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามลำดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย

วนิดา ออประเสริฐศักดิ์ และคณะ (2540) ได้ให้ความหมายว่า Triage ในแผนกอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เป็นกระบวนการประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินความรีบด่วนของอาการสำคัญที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและจัดให้ได้รับการรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม

อวยพร ตัณมุขยกุล (2540) กล่าวว่า การจำแนกผู้ป่วย หมายถึงการจัดผู้ป่วยให้เป็นชั้นระดับและกลุ่มต่าง ๆ ตามลักษณะความเจ็บป่วย ความต้องการการตอบสนองด้านต่าง ๆ รวมทั้งการกำหนดปริมาณและประเภทการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้ตั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคัดกรองผู้ป่วย (triage) หมายถึง พยาบาลวิชาชีพประเมินอาการที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเสียชีวิต จัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละรายและให้การช่วยเหลือทันทีตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย

วิชัย วาสนสิริ (2544) กล่าวว่า กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บในสถานที่เกิดเหตุหรือในแผนกฉุกเฉินให้เร็วและถูกต้องที่สุด เพื่อส่งต่อผู้ป่วยรับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม (right place) ให้ทันเวลา (right time) และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง (right level of care) หรือได้รับการรักษาที่สมเหตุสมผล (right reasons)

สรุป การคัดกรองผู้ป่วย หมายถึง การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับอย่างรวดเร็วเพื่อตัดสินความเร่งด่วนของอาการ แล้วส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ถูกต้องและทันเวลา

6.2 การจำแนกประเภทผู้ป่วย (patient category)

The American Hospital Association (1970) ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ตามความเร่งด่วน (urgent category) ออกเป็น 3 ประเภท

1) ภาวะฉุกเฉิน (emergent) เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที การรีรอจะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือความพิการ ภาวะเหล่านี้ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น การอุดตันของทางเดินหายใจ shock ภาวะเลือดออกมาก บาดเจ็บรุนแรงหลายแห่ง

2) ภาวะรีบด่วน (urgent) เป็นภาวะที่ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง เช่น อาการปวดรุนแรงของอวัยวะต่าง ๆ ท้องร่วงรุนแรง กระดูกหัก การบาดเจ็บ

3) ภาวะไม่รีบด่วน (non - urgent) เจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ฉุกเฉิน ไม่มีความจำเป็นต้องใช้บริการของแผนกฉุกเฉิน เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ปวดหลัง ตกขาว ริดสีดวงทวาร

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2542) ได้ตั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้จัดระดับความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยจำแนกเป็น

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการตรวจรักษาทันทีมิฉะนั้นผู้ป่วยจะตายหรือพิการอย่างถาวร ต้องได้รับการประเมินทุก10-15 นาที

2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนรองลงมา แต่ถ้าไม่รีบรักษาภายใน 1 – 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจตายหรือพิการได้ (ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีอาการแสดงของภาวะ shock) ต้องได้รับการประเมินทุก 30 นาที

3) ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม โดยที่ในขณะนั้นไม่มีภาวะฉุกเฉินที่จะคุกคามชีวิตของผู้ป่วย ต้องได้รับการประเมินซ้ำระหว่างรอรับการรักษาในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ถ้ามีอาการเลวลงให้ปฏิบัติตามระดับความรุนแรงข้อ 1) และ 2)

The National Center for Health Statistics (HCHS) (2002) ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยดังนี้

1) emergent ต้องได้รับการดูแลรักษาน้อยกว่า 15 นาที

2) urgent ต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 15 – 60 นาที

3) semiurgent ต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 60 – 120 นาที

4) non - urgent ต้องได้รับการดูแลภายใน 2 – 24 ชั่วโมง

6.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเร่งด่วน

6.3.1 มาตราวัดการคัดกรองออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale: ATS) ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1993 โดย Australasian College for Emergency Medicine มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นมาตรฐานสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โดยแบ่งตามระดับความเร่งด่วนเบื้องต้นทางคลินิกและความต้องการการดูแลจากแพทย์ ซึ่งได้แบ่งระดับความเร่งด่วนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คือ (Considine et al, 2000)

1) การช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) ควรได้รับการดูแลทันที

2) ฉุกเฉินมาก (emergency) ควรได้รับการดูแลภายใน 10 นาที

3) ฉุกเฉิน (urgent) ควรได้รับการดูแลภายใน 30 นาที

4) ฉุกเฉินปานกลาง (semi – urgent) ควรได้รับการดูแลภายใน 60 นาที

5) ไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) ควรได้รับการดูแลภายใน 120 นาที

มีการศึกษาจำนวนมากที่ระบุความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเร่งด่วนกับระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล การรับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อัตราการเสียชีวิตและการใช้ทรัพยากร มาตรวัดการคัดกรองออสเตรเลียนี้ ต้องการการฝึกฝนอย่างพิเศษในการคัดกรองผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ ระบุประเภทผู้ป่วยว่าสามารถรอประเมินโดยแพทย์และรับการรักษาไม่นานเกินกี่นาที ในแต่ละระดับ มีการแนะนำเวลาสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถรอได้ การรวบรวมข้อมูลควรเกิดขึ้นภายใน 2 – 5 นาที พยาบาลวัดสัญญาณชีพและรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ เท่าที่จำเป็นเท่านั้น มีการประเมินระบบอย่างกว้างขวาง เพื่ออธิบายความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตหลายคนว่าอยู่ในระดับสูง

6.3.2 ระบบคัดกรองแมนเชสเตอร์ (The Manchester Triage System) พัฒนาโดยกลุ่มผู้ทำงานการคัดกรองจากเมืองแมนเชสเตอร์ ประเทศอังกฤษ ระบุให้พยาบาลคัดกรองแบ่งระดับโดยใช้อาการและอาการแสดงร่วมกับการประเมินปัจจัย 6 ประการ ได้แก่ ภาวะคุกคามชีวิต ความเจ็บปวด การเสียเลือด ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิและความรุนแรงเร่งด่วน โดยหลีกเลี่ยงการวินิจฉัย แผนภูมิจำนวนมากได้ถูกพัฒนาขึ้นใช้ในระบบนี้ เป็นมาตรวัดที่ใช้ง่ายและได้รับการยอมรับโดยทั่วไป (MacKay, 1997)

6.3.3 ดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน (The Emergency Severity Index: ESI) พัฒนาโดย Wuerz และเพื่อนร่วมงานที่ Brigham โรงพยาบาลในรัฐแมสซาจูเสต และโรงพยาบาล Eitel at York ในเพนซิลวาเนีย (Wuerz et al, 2001) ประเมินโดยใช้อาการแสดงและปฏิบัติการพยาบาลที่คาดว่าจะต้องให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงทางเดินหายใจ การทำงานของหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว ความรุนแรงของอาการเจ็บปวด ปริมาณความต้องการการปฏิบัติการ

พยาบาลและระดับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จากการนำไปทดสอบใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง พบว่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตอยู่ในระดับสูง และในปี ค.ศ. 2001 โรงพยาบาล 9 แห่ง ได้นำไปปฏิบัติ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลกับการระบุความเร่งด่วนอยู่ในระดับสูง ปี ค.ศ. 2004 ได้มีการนำ ESI versoin 3 มาศึกษาเปรียบเทียบความเที่ยงกับ CTAS ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง จากผู้มารับบริการทั้งหมด 200 คน พบว่าค่าความเที่ยงของ ESI versoin 3 ได้เท่ากับ 0.89 CTAS ได้เท่ากับ 0.91

6.3.4 มาตรวัดความเร่งด่วนและการคัดกรองแคนาดา (The Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS) ประกอบด้วย มาตรวัดความเจ็บปวด และเกณฑ์ที่ใช้แบ่งระดับความรุนแรงสำหรับเด็กออกจากผู้ใหญ่ มีเกณฑ์ที่แบ่งโดยใช้ระบบของร่างกาย นอกจากนี้ยังมีกรอบเวลาสำหรับการประเมินการพยาบาลเป็นระยะ สำหรับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ และสามารถเปลี่ยนแปลงระดับความเร่งด่วนได้ หากผู้ป่วยรอนาน การควบคุมคุณภาพใช้ตัวชี้วัด คือ มาตรฐานเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ดังนี้ คือ

1) ระดับ 1 ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกาย ในระดับที่รุนแรงมากที่สุด อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยชีวิตทันที ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) ระดับ 2 ฉุกเฉินมาก (emergent) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกายในระดับที่รุนแรงมาก เสี่ยงต่อการเกิดความพิการ ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 15 นาที และผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำทุก ๆ 15 นาที

3) ระดับ 3 ฉุกเฉิน (urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที และผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำทุก ๆ 30 นาที

4) ระดับ 4 ฉุกเฉินปานกลาง (less – urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับความไม่สุขสบาย ต้องได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำทุก ๆ 60 นาที

5) ระดับ 5 ไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) หมายถึงผู้ป่วยที่สามารถรักษาในระดับปฐมภูมิ แต่ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการแสวงหาสถานบริการที่เหมาะสม ถ้ารอรับการรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 120 นาที และผู้ป่วยควรได้รับการดูแลทุก ๆ 120 นาที

โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการระบุความเร่งด่วน ประกอบด้วย

1) อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล

2) สัญญาณชีพ คือ อุณหภูมิของร่างกาย การเต้นของชีพจร อัตราการ

หายใจ ความดันโลหิต

3) ระดับความรู้สึกตัว

4) ระดับความเจ็บปวด

ระบบการคัดกรองที่ดี (ideal triage criteria) ควรสามารถแยกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต และไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตออกจากกันได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการรีบด่วนได้รับการดูแลอย่างรีบด่วนและผู้ป่วยที่รอได้ สามารถรอได้อย่างปลอดภัย ซึ่งอาการผู้ป่วยเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือแย่ลงก็ได้ โดยควรมีการประเมินอาการซ้ำตามแนวทางการประเมินเหมือนครั้งแรก โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จะมีอาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน การมีโรคร่วมที่มีมาแต่เดิมหลายโรคและการใช้ยาหลายชนิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของกระบวนการสูงอายุ ดังนั้นเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยจึงต้องพิจารณาให้เหมาะสม

เนื่องจากอาจมีผลให้ระบุความเร่งด่วนมากกว่าความเป็นจริง (over triage) อาจทำให้มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่จำเป็นต้องเข้ามารอรับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในทางตรงกันข้าม การระบุความเร่งด่วนน้อยกว่าความเป็นจริง (under triage) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาล่าช้าอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้มาตรวัดความเร่งด่วนและการคัดกรองแคนาดา และมาตรวัดการคัดกรองออสเตรเลียมาดัดแปลง เนื่องจากมีเกณฑ์บ่งชี้ที่ชัดเจนและมีการประเมินอาการซ้ำเป็นระยะ ๆ ด้วย

7. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะที่แตกต่างจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งมีเวลาของการเสร็จสิ้นการเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น เกิดในช่วงเวลาที่จำกัดอาจสิ้นสุดด้วยการตายในเวลาอันรวดเร็วหรือไม่ก็หายสนิท แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือนหรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุร้อยละ 47 ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 ข้อ (Friedmann et al, 2001) ร้อยละ 32 ที่มีการเดินลำบาก การทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี (Meldon et al, 2003) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 30 – 90 วัน

7.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living = ADL) คือ การกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลของบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตที่ทำได้จริง

ความสามารถในเชิงปฏิบัติแบ่งเป็น 2 ระดับใหญ่ ๆ คือ

7.1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าดูแลความสะอาดหน้าตาของตนเอง การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำและการอาบน้ำ เป็นต้น

7.1.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์สิ่งของต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง (instrumental activity of daily living) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่ง การประกอบอาหาร การคิดเงินทอน การทำบัญชีเงินค่าใช้จ่ายส่วนตัว เป็นต้น

7.2 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่กำหนดได้หรือไม่ เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่

7.2.1 Barthel Index สร้างโดย Barthel & Mahoney (1965) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย และการขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น

7.2.2 The Katz Index of ADL ของ Katze et al (1970) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเองและการรับประทานอาหาร

7.2.3 แบบสอบถามสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบสอบถามสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index ของ Barthel & Mahoney (1965) เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น การ

อาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) เป็นแบบสอบถามกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนขึ้น สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมของคนไทยโดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ออกจากบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือการซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะนำมาปรับปรุงวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุและการให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุแก่ครอบครัวได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน ดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมิติทุกด้าน และเหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย

8. แนวคิดเกี่ยวกับระดับเชาวน์ปัญญา

ผู้ที่มีอายุมาก ๆ หรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรังมักมีปัญหาที่ซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคม การได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือขาดความแม่นยำจะส่งผลให้การวินิจฉัยและการจัดการดูแลได้ผลไม่ดีตามที่ควร หรือไม่สามารถบรรเทาปัญหาในระยะยาวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ การประเมินระดับเชาวน์ปัญญาเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ตั้งแต่ในระยะแรก นอกจากนี้ยังทำให้สามารถติดตามประเมินความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมได้เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

ผู้สูงอายุทุกคนมีปัญหาความจำเสื่อมถอยทั้งนั้น แต่จะเป็นมากหรือน้อยแตกต่างกันและเรียกภาวะนี้ว่า ความจำถดถอยในผู้สูงอายุ (age – associated memory impairment) ดังนั้นภาวะนี้จึงถือว่าเป็นสิ่งปกติในผู้สูงอายุ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537) การบ่งชี้ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา โดยการประเมินระดับเชาวน์ปัญญาของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารับการตรวจรักษาจึงมีความสำคัญ เพื่อจะตัดสินใจความน่าเชื่อถือของประวัติที่ได้จากผู้ป่วย และเป็นการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูลต่าง ๆ เพื่อใช้ในการวางแผนให้การรักษา (Tanner, 2004; Chiovenda et al, 2002) และ Chiovenda et al (2002) พบว่าความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา

ของผู้ป่วยสูงอายุ มีความสำคัญในการประเมินการรักษา เพื่อวางแผนการนอนโรงพยาบาล การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถค้นหาภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเริ่มหรือการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ผู้สูงอายุร้อยละ 8 ที่มีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา มีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำ (Meldon et al, 2003) ความสามารถในการทำแบบประเมินสมรรถภาพสมองได้ไม่ครบถ้วน เป็นตัวทำนายของการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำภายใน 90 วัน (Friedmann et al, 2001)

8.1 แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา

แบบประเมินสภาพจิตหรือการตรวจสภาพสมอง (mental status exam) ที่นิยมใช้เป็นแบบสอบถาม เช่น Mini – Mental State Exam (MMSE), Clinical Dementia Rating (CDR) และ Short Portable Mental Status Questionnaire เป็นต้น แบบทดสอบที่ได้รับการพัฒนาให้ใช้กับผู้สูงอายุไทย ได้แก่ แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

8.1.1 แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตที่มีทั้งหมด 13 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 19 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมีความผิดปกติของ cognitive function

8.1.2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก MMSE โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง แบบทดสอบมีคะแนนรวม 30 คะแนน กำหนดค่าปกติของคะแนนรวมต้องได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน ถ้าได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ถือว่ามีปัญหาด้านความจำ

8.1.3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนามาจาก MMSE โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ด้าน เกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) การจดจำ (registration) ความสนใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับการศึกษา คือ ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรืออ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ จุดตัดของคะแนนที่จะประเมินภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือพออ่านออกเขียนได้ จุดตัดของคะแนนที่จะประเมินภาวะสมองเสื่อม คือ น้อย

กว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่า จุดตัดของคะแนนที่จะประเมินภาวะสมองเสื่อม คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) เนื่องจากใช้ง่าย มีการแปลและแปลย้อนกลับจาก MMSE ใช้ได้กับผู้สูงอายุในทุกระดับการศึกษา มีความชัดเจนในการแปลผลคะแนน และเหมาะสำหรับผู้สูงอายุไทย

9. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ ประมาณร้อยละ 15 – 20 ของผู้สูงอายุที่พบในชุมชนและอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 – 50 ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสถานดูแลระยะยาว (Lueckenotte, 1996) และร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่เกิดภาวะซึมเศร้าทั้งหมดเป็นภาวะซึมเศร้าแบบปฏิกิริยาที่มีลักษณะเป็นการตอบสนอง เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ภายนอกบางอย่าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาและมารับการดูแลด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Miller, 2004)

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โรคเรื้อรังมากมายรักษาไม่หาย ดังนั้นการรักษาจะมุ่งไปที่การควบคุมอาการแสดง ในการเจ็บป่วยจะมีทั้งช่วงที่อาการสงบและอาการกำเริบรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายชีวิตในอนาคตได้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรังจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินของโรคและการรักษาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อความเคลื่อนไหวและความเป็นอิสระของผู้ป่วย และยังกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและญาติด้วย ส่งผลกระทบด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคม เหตุเหล่านี้จึงก่อให้เกิดความสิ้นหวังและความเศร้าของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บางรายนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 21 มีผลให้บุคคลอ่อนแอ คิดถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมบทบาท ความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี โรคเรื้อรังที่มีภาวะทุพพลภาพและภาวะซึมเศร้าจึงมีความสัมพันธ์กัน (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547) จากการศึกษาของ Cao et al (2006) พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความถี่บ่อยของการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำและต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 42 มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedmann et al

(2001) พบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ในปีที่ผ่านมา เป็นตัวทำนายของการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำภายใน 90 วัน (Friedmann et al, 2001)

9.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึงภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ตำหนิตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) ได้สรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ การคิดและรับรู้ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ้างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต

นิตยา ภาสุนันท์ (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด การทำหน้าที่ของร่างกาย และพฤติกรรมการแสดงออก

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ (2547) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึงกลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อารมณ์และสติปัญญา รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่าง ๆ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ไม่มีค่า ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในกิจกรรมทั้งหมดนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แยกตัวออกจากสังคม

สมาคมจิตแพทย์ของอเมริกา (1994) ให้ความหมายของอาการซึมเศร้าว่า หมายถึง ผู้ป่วยที่แสดงอารมณ์เศร้า ความสุขในชีวิตลดลง ร่วมกับมีอาการต่อไปนี้ 4 อย่างหรือมากกว่า โดยมีอาการทุกวันนาน 2 สัปดาห์หรือมากกว่า คือ

1) น้ำหนักลดลงชัดเจน ลดร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือนหรือเบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น

2) นอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า

3) การเคลื่อนไหวมากผิดปกติ ได้แก่ กระสับกระส่าย หรือเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย เช่น แกว่งแขน นั่งนิ่งไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวเชื่องช้า พูดโต้ตอบช้า

4) อ่อนเปลี้ย

5) รู้สึกผิดหรือไม่มีคุณค่าโดยไม่มีเหตุผล

6) ความสามารถในการคิด มีสมาธิหรือการตัดสินใจลดลง

7) มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

9.2 ระดับของภาวะซึมเศร้า

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้จำแนกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในบุคคลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับอ่อน (mild depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง อาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อมีเหตุการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของมีค่า หรือมีความหมายต่อตนหรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เช่น อารมณ์เศร้าในขณะเหนื่อยมาก ๆ ขาดคนเห็นใจ แต่อาการก็หายเหนื่อยได้ เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

2. ระดับปานกลาง (moderate depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่รุนแรงกว่าระดับอ่อน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะเศร้าระดับนี้จะรู้สึกอึดอัดใจ การพูดจาเป็นไปอย่างลำบากและเชื่องช้า กระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

3. ระดับรุนแรง (severe depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพ้อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำลายตนเองเนื่องมาจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้

Beck (1967) แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุเพียงพอหรือบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มมีความรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณ์ของตน ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการการช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น เป็นในช่วงเช้าจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพละกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว วิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลง ต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนไม่อยากรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) จะมีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกหนี หลบซ่อน ไม่มีการเข้าสังคมใด ๆ เลย ลักษณะเหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน และสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันแทบไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉย ๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียวนาน ๆ หรืออาจไม่อยู่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

9.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพพลภาพและโรคเรื้อรังมักเกิดเป็นวัฏจักร โรคเรื้อรังสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ และในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าทำให้อาการของโรคเรื้อรังนั้นทรุดลงไปหรือรบกวนการรักษาได้ ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการเกิดโรคทางกาย เนื่องจากการทำร้ายตนเอง การละเลย ไม่ดูแลรักษาสุขภาพตนเองและผลข้างเคียงของการได้รับยาต้านเศร้า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกับโรคทางกาย อัตราชุกของภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 9 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคทางกาย ซึ่งมีร้อยละ 5.6 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 10 – 30 (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2550)

ผลของภาวะซึมเศร้าต่อการฟื้นสภาพของโรคเรื้อรัง

1) การเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน อาการซึมเศร้าทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตลดลง รวมทั้งการปฏิบัติตัวต่อโรคทางกายไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

2) ความพิการ อาการซึมเศร้าสามารถทำนายความล้มเหลวของการฟื้นตัวจากภาวะทุพพลภาพได้ภายใน 1ปี

3) ผลลัพธ์ทางสังคม ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า มีโอกาสน้อยในการกลับคืนสู่สภาวการณ์ทำงานทางสังคมได้อย่างปกติ

9.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ จึงได้มีการสร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมากมาย

9.4.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1961) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม – ปัญญานิยม ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ และเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน แบ่งคะแนนเป็นข้อละ 0 – 3 คะแนน การแปลผลคะแนนตามความรุนแรง คือ 0 – 9 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 – 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 16 – 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 20 – 29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก และ 30 – 63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

9.4.2 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D Scale) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน ปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner (Weissman et al, 1977) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัย มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยสอบถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา แต่มีข้อจำกัด คือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

9.4.3 Zung Self – Rating Depression Scale เป็นแบบสอบถามที่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจได้ง่าย (Ebersole & Hess, 2004: 652) ในช่วงเวลาสั้น ๆ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่มีข้อจำกัด คือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่อาจได้ผลผิดพลาด เนื่องจากอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุหรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้น ๆ หรือวัดการมีคุณค่าในตนเองลดลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุอยู่แล้ว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73

9.4.4 Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดย Yesavage (1983) เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การคิดรู้และการแยกตัว ได้รับการพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depressions Scale: TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 20 ข้อ เป็นการประเมินความรู้สึกภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลกระทบด้านจิตใจ ความคิดและความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมิน

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นำไปใช้ได้ง่าย ใช้เวลาสั้น และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย

10. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การเจ็บป่วยเรื้อรังและกระบวนการสูงอายุที่ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เป็นไปในทางที่เสื่อมลงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากอาการของโรคมีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรักษาที่ได้รับถึงแม้จะช่วยบรรเทาอาการของโรคแต่ก็ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไป การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลและสังคมรอบข้างจึงเป็นสิ่งสำคัญ การสนับสนุนทางสังคมที่ทุกคนต้องการ คือ จากคนใกล้ชิด และครอบครัวมากที่สุด (Elbersol & Hess, 2004) ซึ่งเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความเสี่ยงจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายและเชาวน์ปัญญา และไม่เพียงป้องกันการเจ็บป่วยแต่ยังลดอาการแสดงและส่งเสริมให้รู้สึกผาสุกอีกด้วย (Chen & Chan, 2006) จากการศึกษาของ Friedmann et al (2001) และ Meldon et al (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ามารับการตรวจรักษาซ้ำ

10.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นความรู้สึกอิ่มใจหรือพึงพอใจ ต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม ที่ประกอบด้วยความผูกพันใกล้ชิด การเข้าร่วมในสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูอุ้มชูผู้ที่อ่อนแอกว่า การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน การพึ่งพาซึ่งกันและกัน การให้คำแนะนำ

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตนเอง นอกจากนี้ตนเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

House (1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงินสิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินผลตนเองในสังคม

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเครียดในชีวิต

Barrera (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความใกล้ชิดการช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

Pender (1996) อธิบายว่า การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

10.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความใกล้ชิด 2) การดูแลเอาใจใส่ 3) การมีส่วนร่วมในสังคม 4) การได้รับการยอมรับ 5) การได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือ

Cobb (1976) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึงการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์อันใกล้ชิดและมีความรักใคร่ผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) หมายถึงการช่วยเหลือให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network) หมายถึงการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรับรู้ และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นเจ้าของในสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Kahn (1979 cited in Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (affection) หมายถึงการแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่งในรูปของความรักใคร่ผูกพัน การเคารพยกย่องการยอมรับ

2) การยืนยันและรับรองพฤติกรรมซึ่งกันและกัน (affimation) หมายถึงการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งการกระทำและความคิดของบุคคลอื่น

3) การให้ความช่วยเหลือ (aid) หมายถึงการให้วัตถุ สิ่งของ เงิน ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

House (1981) แบ่งการสนับสนุนด้านสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึงการสนับสนุน การยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2) การสนับสนุนด้านการประเมินตนเอง (appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งในการอยู่ร่วมสังคมทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (infor- mational support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

4) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน (instrumental support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึงความผูกพันใกล้ชิด การได้รับความไว้วางใจ ทำให้บุคคลได้รับความรัก หรือได้รับการดูแลเอาใจใส่

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน

3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และการบริการต่าง ๆ ที่จำเป็น

การแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแม้ว่าจะมีการแบ่งที่แตกต่างกันหรือคล้ายกัน วัตถุประสงค์คือต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มากที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

10.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

2) กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มช่วยเหลือในวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ

Mc Elveen (1979 อ้างถึงใน อังคณา นวลยง, 2535) แบ่งกลุ่มของบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มเครือญาติ เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันมาก มีปฏิสัมพันธ์หลายชนิด และสม่ำเสมอ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันและมีการติดต่อสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง

2) กลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ เป็นกลุ่มบุคคลที่เลือกติดต่อด้วยเหตุผลส่วนตัว มีความสนใจหรือค่านิยมที่เหมือนกัน กลุ่มนี้มักจะเป็นกลุ่มเพื่อนซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน

Kaplan (1977) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (spontaneous or natural supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

1.1 ประเภทบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน

1.2 ประเภทบุคคลของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (supportive organization) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

3) กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ (professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

House (1981) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ

1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติหรือเพื่อน

2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ มีลักษณะของการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender (1996) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง

2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ บุคคลใกล้ชิด

3) กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ ผู้นำทางศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนา

4) กลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา

5) กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีบทบาทในสังคมน้อยลง ทั้งนี้มาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้มีเครือข่ายในสังคมลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีความสัมพันธ์และผูกพันอยู่กับครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ครอบครัวจัดเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุด ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งทางด้านจิตใจ โดยการให้ความรัก ให้การดูแลเอาใจใส่ ให้คำชมเชย ยกย่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่มั่นคง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (พรรณงาม พรรณเชษฐ์ และคณะ, 2542)

10.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ทำให้มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีความหลากหลายแล้วแต่แนวคิดที่แตกต่างกัน ดังนี้

10.4.1 Personal Resource Questionnaire: PRQ สร้างโดย Brandt & Weinert (1981) เป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล สร้างตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) และมีการพัฒนาปรับปรุงแบบสอบถามนี้เป็น PRQ – 82 และ PRQ – 85 แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ ส่วนที่สองเป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการผูกพันใกล้ชิด ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น คำถามส่วนนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 7 ระดับ

10.4.2 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย Norbeck, Lindsey & Carrieri, (1981) ตามแนวคิดของ Kahn (1979) คำถามประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยืนยันรับรองพฤติกรรมซึ่งกันและกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม

10.4.3 Social Support Questionnaire (SSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสารและด้านสิ่งของ แบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ SSQ1 วัดการสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ2 วัดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ (Hanujarurnkul, 1988)

10.4.4 เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย Kaplan ที่สร้างตามแนวคิดของ Cobb ลักษณะเครื่องมือเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวม หมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้

10.4.5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างโดย House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินตนเอง การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัสดุ สิ่งของและแรงงาน ด้านละ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมมาก หมายถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิด อาจเป็นสิ่งของ แรงงาน การแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมในสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของการเจ็บป่วยเฉียบพลันและภาวะทุพพลภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย House (1981) เนื่องจากมีการประเมินการช่วยเหลือการสนับสนุนที่กะทัดรัดครอบคลุมและเหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ซึ่งมธุรส จันทร์แสงสี (2540) ได้นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครและและวาสนา ฟุ้งฟู (2548) ได้

นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.86 ตามลำดับ

11. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีจำนวนจำนวนมากขึ้น ดังนั้นการพยาบาลจึงต้องมีการขยายบทบาทหน้าที่ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การพยาบาลต้องเพิ่มความสนใจในด้านการป้องกันและเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง การให้สุขศึกษา การดูแลเบื้องต้น และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537: 57; Lubkin, 1986)

1. พยาบาลต้องให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปดูแลต่อที่บ้านและครอบครัวสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และให้ข้อเสนอแนะอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม สรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนในชุมชน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน

2. พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพ ความแข็งแกร่ง ความชอบความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรคจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986)

3. พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะด้านร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม จิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรมให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน และมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจึงมีช่วงเวลาเข้าและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะ พยาบาลจึงต้องรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียดในทุก ๆ ด้านเพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่สมบูรณ์ที่สุด สามารถกำหนดแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยได้ (Miller, 1983) ผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลดีกว่า ทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนดขึ้น

4. พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาล

5. พยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล

12. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Rajacich & Cameron (1995) ศึกษาลักษณะของผู้มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 716 คน ได้รับการประเมินโดยใช้โปรแกรม Quick Response Programs ผลการศึกษาพบว่า เหตุผลที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน คือ การมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหลายปัญหา และการใช้ยาในระดับสูง

Goedon et al (1998) ศึกษาการทำนายการกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และเปรียบเทียบความถูกต้องและความเข้าใจที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยเริ่มแรกที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และการมาตรวจรักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำนวน 58,553 คน ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็วภายหลังจากที่เคยมารับบริการแล้ว จำนวน 1,422 คน ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็วภายหลังจากที่เคยมารับบริการแล้ว จำนวน 313 คน และเจ้าหน้าที่ จำนวน 69 คน โดยการศึกษาย้อนหลังและสำรวจข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า อัตราเฉลี่ยของผู้ที่กลับมารับการตรวจรักษาซ้ำและต้องนอนโรงพยาบาล คือร้อยละ 22 การวินิจฉัยเริ่มแรก คือ ภาวะขาดน้ำ (dehydration) และการวินิจฉัยเมื่อกลับมาตรวจซ้ำ หรือนอนโรงพยาบาล คือ การติดเชื้อในกระแสโลหิต การติดเชื้อที่ปอดและหอบ

Lucas & Sanford (1998) ศึกษาข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินบ่อย ๆ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป และเหตุผลที่เลือกมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินมากกว่าที่อื่น กลุ่มตัวอย่างเลือกตามสะดวก จำนวน 134 คน โดยมีข้อบ่งชี้ คือ เคยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน 2 ครั้งเมื่อเดือนก่อนหรือ 4 ครั้งเมื่อปีก่อน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารับการตรวจรักษา คือ การไม่ยอมรับประทาน การแยกตัวออกจากสังคม และความเข้าใจเกี่ยวกับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ดี เหตุผลที่เลือกมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน คือ ร้อยละ 72 เชื่อว่าอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 60 มีปัญหาความเจ็บป่วยที่ยังคงอยู่และที่เพิ่งเกิดขึ้น ร้อยละ 59 ต้องการการดูแลอย่างรีบด่วน และร้อยละ 28 ต้องนอนโรงพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั่วไปมีเพียง ร้อยละ 16

Welch et al (1999) ศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยต่อระยะห่างของการมาตรวจรักษาซ้ำ ผลกระทบต่อการจัดการตนเอง และระยะเวลาเฉลี่ยของการมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยแต่ละคน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 571 คน ศึกษาจาก 1) VA's Decentralized Hospital Computer Program เกี่ยวกับการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก จำวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล 2) At the intake visit เกี่ยวกับการวินิจฉัยและยาที่ได้รับ และ 3) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล การมาตรวจที่คลินิกและการประเมินสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ระยะห่างของการมาตรวจรักษาซ้ำตั้งแต่ 1 เดือนถึง 1 ปี ส่วนใหญ่ คือ 2, 3 และ 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป การนอนโรงพยาบาล และการวินิจฉัย คือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง

Friedmanm et al (2001) ศึกษาการทำนายการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ การนอนโรงพยาบาลหรือการตายในกลุ่มผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 463 คน ที่เคยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โดยผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยประเมินเบื้องต้น ใช้แบบสอบถาม MMSE, Katz index of Activities of Daily Living, Medical Outcomes Study Short – Form 36 Health Survey, Charlson Comorbidity Index ผลการศึกษาพบว่า ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย สุขภาพจิตไม่ดี (poor mental health) การขาดการสนับสนุนด้านการเงิน การมีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา และการมีหลายโรค เป็นตัวทำนายที่ดีของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ

Chan et al (2002) ศึกษาประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาลผ่านหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 526 คน ที่มีโรคเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบทางเดินอาหาร มะเร็ง ระบบทางเดินหายใจ สมองเสื่อม และอื่น ๆ โดยฝึกอาสาสมัครและปรับแบบสำรวจพร้อมกับพยายามติดต่อกับผู้เข้าร่วมวิจัยถึงบ้าน แล้วทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้มาตรฐานและศึกษาข้อมูลที่ได้รับการบันทึกจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการวินิจฉัยที่นอนโรงพยาบาลและปัจจัยเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลผ่านหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินโดย คือ โรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา ความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย อายุที่มากขึ้นและการมีโรคเรื้อรัง 3 โรคหรือมากกว่า ซึ่งเป็นตัวทำนายที่ดีของการนอนโรงพยาบาล

Meldon et al (2003) ศึกษาการทำนายความสามารถของเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงในการบ่งชี้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ภายใน 30 – 120 วัน หลังจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ตามข้อบ่งชี้การมารับการตรวจรักษาของหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีและมากกว่า จำนวน 650 คน

ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และเคยมารับการตรวจรักษาและจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง TRST (The triage risk screening tool) สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และฐานะการเงินจากข้อมูลพื้นฐานของแต่ละโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ ร้อยละ 41 ใช้ยาหลายชนิด ร้อยละ 32 เดินลำบากหรือเคยล้ม ร้อยละ 27 อยู่คนเดียวหรือไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 25 เคยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินหรือเคยนอนโรงพยาบาล และร้อยละ 8 มีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา

Riggs et al (2003) ศึกษาสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความถี่ในการกลับมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเร็วขึ้นที่ Rural Academic Medical Center กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย จำนวน 22,492 คน (มารับบริการทั้งหมด 35,440 ครั้ง) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ในปี 2000 ด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยขณะที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตาม ICD9 สิทธิการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ที่กลับมารับการตรวจรักษาซ้ำ (4 ครั้งหรือมากกว่า/ปี) สามารถทำนายการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำภาย ใน 48 – 72 ชั่วโมง คือ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านโรค ได้แก่ ความก้าวหน้าของโรค และการวินิจฉัยที่ผิดพลาด

Martin – Gill & Reiser (2004) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกลับมาและนอนโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 493 คน ที่กลับมาที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ สิทธิการรักษาและการวินิจฉัยเบื้องต้น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับมารับการตรวจรักษาเร็วขึ้นและต้องนอนโรงพยาบาล คือ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการวินิจฉัยเบื้องต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 การคัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้แต่ง/วารสาร/ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
Rajacich, D.L. & Cameron, S. J. of Gerontological Nursing/1995	เพื่ออธิบายลักษณะของผู้มารับบริการโดยใช้ Quick Response Programs	ผู้สูงอายุจำนวน 716 คน ได้รับการประเมินโดยใช้ Quick Response Programs	ผู้มารับบริการมีโรคเรื้อรัง 4 – 5 โรค มีการใช้ยา 4 – 5 ชนิด โดยผู้สูงอายุหญิงมีโรคเรื้อรังและการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุชาย
Gordon et.al Annals of Emergency Medicine/1998	เพื่อบ่งชี้การทำนายการกลับมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โดยศึกษาแบบ Retrospective observational study และ Survey data	1. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำนวน 52,553 คน 2. ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็ว (Early return) จำนวน 1,422 คน 3. ผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็ว (Early return) และต้องนอนโรงพยาบาล จำนวน 313 คน	- ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน มีความเสี่ยงต่อการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็ว ร้อยละ 2.7 - อัตราเฉลี่ยของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำและต้องนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 22
Lucas, R.H. & Sanford, S.M. Annals of Emergency Medicine/1998	เพื่อศึกษาข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินบ่อย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป	เลือกตามสะดวก จำนวน 134 คน โดยมีข้อบ่งชี้ว่าต้องมารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน 2 ครั้งเมื่อเดือนก่อน หรือ 4 ครั้งเมื่อปีก่อน	- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ คือ การไม่รับประทานยา การแยกตัวออกจากสังคม - ร้อยละ 72 เชื่อว่าอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลมีความรุนแรงปานกลางถึงมาก - ร้อยละ 59 ต้องการดูแลอย่างรีบด่วน
Welch et al	เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยต่อ	ผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้น โดยศึกษาจาก	- ระยะห่างของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำมีตั้งแต่ 1

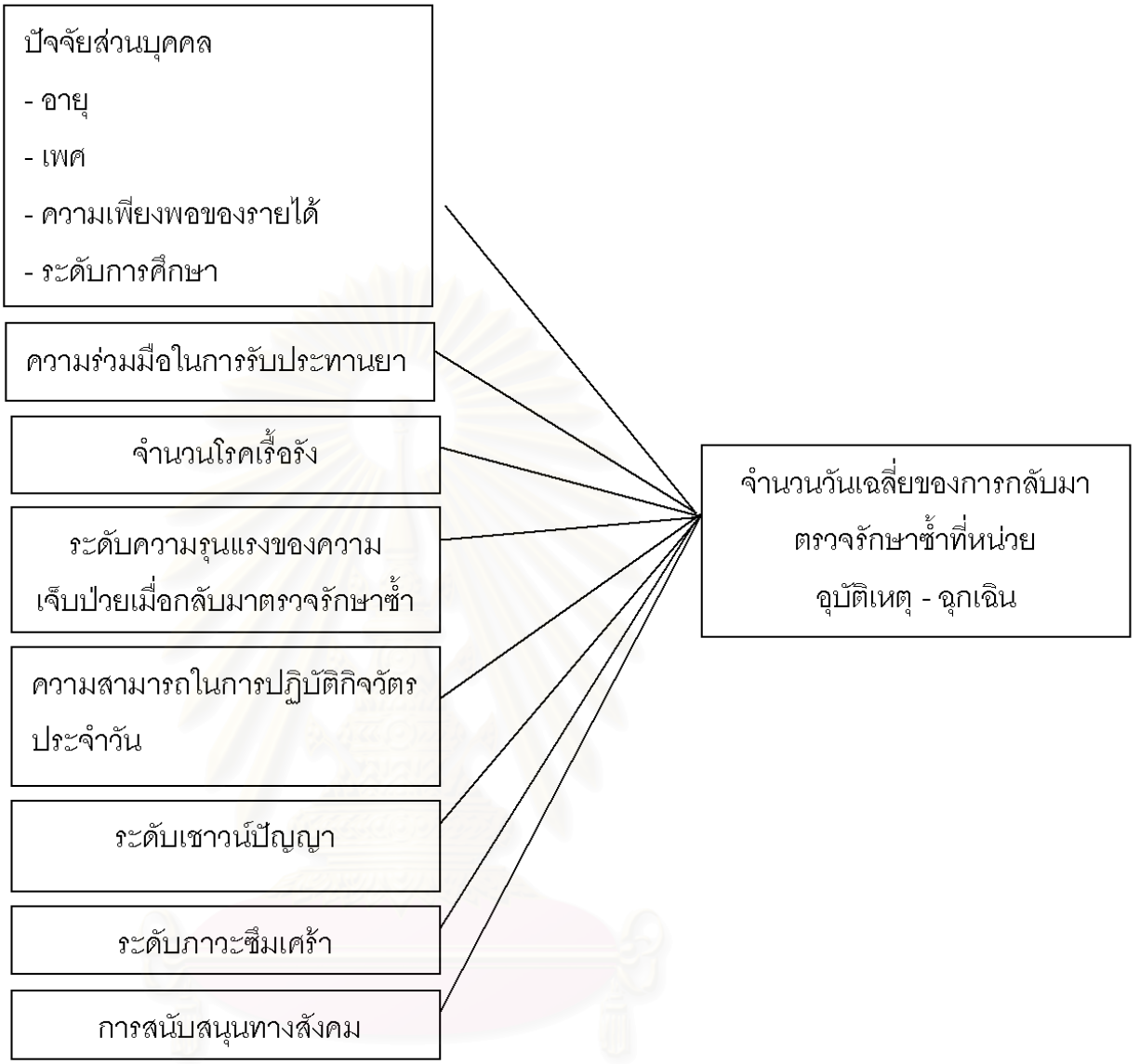
ผู้แต่ง/วารสาร/ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
JGIM/1999	ระยะห่างของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	1. ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก 2. จากแฟ้มประวัติเมื่อมารับบริการเกี่ยวกับยาและการวินิจฉัย 3. จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย	เดือนถึง 1 ปี มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลและการวินิจฉัยโรค คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน - ร้อยละ 50 มีอายุ 65 – 74 ปี - เพศหญิงร้อยละ 97
Friedmanm et al. American J. of Emergency Medicine/2001	เพื่อทำนายการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน	ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 463 คนที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของชิคาโก	- 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน - ร้อยละ 37 เป็นโรคหัวใจ - ร้อยละ 47 มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 ข้อ - 1 ใน 4 มีภาวะซึมเศร้า - ร้อยละ 30 อยู่ตามลำพัง - ร้อยละ 12 กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 30 วัน - ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ คือ ความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ขาดการสนับสนุนด้านประกันชีวิต การบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา การมีโรคหลายโรค และเป็นตัวแปรที่ใช้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้แต่ง/วารสาร/ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
			ทำนายการเกิดความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ
Chan et al Emergency Medicine/2002	เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะมีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลผ่านหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผน	จำนวน 526 คน ที่มีโรคเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบทางเดินอาหาร มะเร็ง ระบบทางเดินหายใจ สมองเสื่อม และอื่น ๆ	- ปัจจัยเสี่ยงของนอนโรงพยาบาลผ่านหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน คือ อายุ การมีโรคเรื้อรัง 3 โรค หรือมากกว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดเป็นตัวทำนายที่ดีของการนอนโรงพยาบาล - ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่พบ คือ ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญาและการหน้าที่ของร่างกาย
Meldon et al Academic Emergency Medicine/2003	เพื่อทำนายความสามารถของเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงในการบ่งชี้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ภาย ใน 30 – 120 วัน หลังจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 650 คน	ปัจจัยเสี่ยงที่พบ คือ - ร้อยละ 41 มีการใช้ยาหลายชนิด - ร้อยละ 27 อยู่คนเดียวหรือไม่มีผู้ดูแล - ร้อยละ 25 เคยมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินหรือเคยนอนโรงพยาบาล - ร้อยละ 8 มีความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา
Riggs et al.	ศึกษาสิ่งที่มี	ผู้ป่วยจำนวน 22,492 คน	- ร้อยละ 5.62 กลับมา

ผู้แต่ง/วารสาร/ปี	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
Emergency Medicine/2003	อิทธิพลต่อความถี่ในการกลับมารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเร็วขึ้น	(มารับบริการทั้งหมด 35,440 ครั้ง) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ ในปี 2000	ตรวจรักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง - ความถี่ของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ 4 ครั้งหรือมากกว่า/ปี สามารถการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว - ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารับการตรวจรักษาซ้ำภาย ใน 48 – 72 ชั่วโมง คือ ด้านผู้ป่วย ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านโรค ได้แก่ ความก้าวหน้าของโรค
Martin – Gill & Reiser American J. of Emergency Medicine/2004	เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกลับมาและนอนโรงพยาบาลภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน	ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 493 คน ที่กลับมาที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน ภายใน 72 ชั่วโมง โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาและจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติ เหตุ – ฉุกเฉิน	ปัจจัยเสี่ยง คือ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โดยศึกษาเปรียบเทียบจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จากตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ คือ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรคต่อมไร้ท่อ อย่างน้อย 1 ระบบ ที่เคยเข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน หรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย และแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรคต่อมไร้ท่อ อย่างน้อย 1 ระบบ ที่เคยเข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย และแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 90 วัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
2. ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในภาวะที่ไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1978, อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2547: 209) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ คือ $N = 10K + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K= จำนวนตัวแปรที่ศึกษา)

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คือ 10(12) + 50 = 170 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi – stage sampling) ดังนี้ คือ

1. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามสังกัด ซึ่งมีทั้งหมด 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักนายกรัฐมนตรี ทบวงมหาวิทยาลัย สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร และองค์กรการกุศล สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยสุ่มมา 4 ใน 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และองค์กรการกุศล

2. สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัด

2.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมี 1 แห่ง เท่านั้น คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

2.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมี 1 แห่ง เท่านั้น คือ โรงพยาบาลราชวิถี

2.3 โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย มีทั้งหมด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช สุ่มมา 1 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลศิริราช

2.4 โรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล มีเพียง 1 แห่งเท่านั้น คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มตามสัดส่วนประชากรที่มารับบริการ จากจำนวนประชากรสูงอายุที่เข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ของแต่ละโรงพยาบาลและนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนเท่ากัน ได้จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	วันที่เก็บข้อมูล
จุฬาลงกรณ์	786	24.87	42	7 – 12 พ.ค. 50
ราชวิถี	798	25.25	43	14 – 19 พ.ค. 50
พระมงกุฎเกล้า	792	25.10	43	21 - 26 พ.ค. 50
ศิริราช	784	24.81	42	28 พ.ค. – 1 มิ.ย. 50
รวม	3,160	100	170	24 วัน

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน พ.ศ. 2550

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัย รวมทั้งบทความในวารสารทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

2. จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุม รวมทั้งปรับปรุงข้อคำถามให้คลอบคลุมตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา จำนวนโรคเรื้อรัง และวันที่มารับการรักษาครั้งสุดท้าย

2. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก เพชรี คันธสายบัว (2544) และสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา ตามแนวคิดของ Farragher (1999) มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็น

ข้อความทางลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8 ข้อความทางบวก 2 ข้อ คือ ข้อ 5, 7 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

เกณฑ์การแปลผล คือ

คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึงผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก

คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึงผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี

คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึงผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึงผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึงผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำมาก

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ประเมินโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองแคนาดา (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, 2004) และมาตรวัดการคัดกรองออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale: ATS) เนื่องจากมีเกณฑ์บ่งชี้การแบ่งระดับความรุนแรงที่ชัดเจน และมีการประเมินอาการซ้ำเป็นระยะ ๆ โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ คือ 1) ต้องช่วยฟื้นคืนชีพทันที (resuscitation) ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที 2) ฉุกเฉินมาก (emergent) ต้องได้รับการรักษาภาย ใน 15 นาที 3) ฉุกเฉิน (urgent) ต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที 4) ฉุกเฉินปานกลาง (less urgent) ต้องได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และ 5) ไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) ต้องได้รับการรักษาภายใน 120 นาที โดยประเมินจาก อาการสำคัญ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและ ระดับความเจ็บปวด

การแปลผล ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งตรงตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงที่ระบุไว้ ให้ยึดระดับความรุนแรงสูงสุดเป็นเกณฑ์ตัดสินระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Bathel ADL index ซึ่งสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (1994) ได้พัฒนาขึ้นและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้รับการทดสอบคุณค่าและความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ลักษณะของเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้จริงในระยะ เวลา 24 – 48 ชั่วโมง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ขั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระและการกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงสามารถปฏิบัติได้เอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการพึ่งพาและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งแบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย พบว่ามีความเชื่อมั่นสูง การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 85 - 86) คือ

คะแนนรวม 0 – 4 คะแนน หมายถึง ต้องช่วยเหลือทั้งหมด

คะแนนรวม 5 – 8 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง

คะแนนรวม 9 – 11 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง

คะแนนรวม 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นระดับน้อยมาก

5. แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ที่พัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) การจดจำ (registration) ความสนใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) การแปลผลใช้เกณฑ์การให้คะแนนโดยแบ่งตามระดับการศึกษา คือ

ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรืออ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือพออ่านออกเขียนได้ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่า ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale –TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พางวรินทร์ และคณะ, 2537) ได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยาจาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมร่วมกันพัฒนาสร้างแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยขึ้นมา และกลุ่มคณะวิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 – 70 ปี จำนวน 275 คน จาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย ได้ค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ การคิดคะแนน ข้อคำถามที่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล ดังนี้

0 - 12 คะแนน หมายถึงปกติ

13 - 15 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

16 - 20 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าระดับปานกลาง

มากกว่า 20 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าระดับรุนแรง

7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ House (1981) โดยที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก มธุรส จันทร์แสงสี (2540) ซึ่งได้นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร และวาสนา เฟื่องฟู (2547) ได้นำไปประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหิน และได้ผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 และ 0.87 ตามลำดับ โดยแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ คือ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 5

การสนับสนุนดานการประเมินค่า 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 – 8

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9 – 10

การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน ได้แก่ ข้อ 11 – 14

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ คือ

3 คะแนน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก

2 คะแนน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง

1 คะแนน หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึก

ตามข้อความนั้นน้อยหรือไม่ได้รับ

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 14 – 42 คะแนน ตัดสินระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจาก คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก จะมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 32.64 – 42.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง จะมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 23.34 – 32.63 คะแนน

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย จะมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 14.00 – 23.33 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กำหนดระดับการสนับสนุนทางสังคมของด้านนั้น ๆ จากคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับเช่นกัน โดย

การตัดสินระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 – 15 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 11.67 – 15.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 8.34 – 11.66 คะแนน

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 5.00 – 8.33 คะแนน

การตัดสินระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินตนเอง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3 – 9 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 7.00 – 9.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 5.00 – 6.99 คะแนน

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.00 – 4.99 คะแนน

การตัดสินระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 2 – 6 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของ

ผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 4.67 – 6.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.34 – 4.66 คะแนน

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 2.00 – 3.33 คะแนน

การตัดสินระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4 – 12 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงานของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 9.34 – 12.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงานของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 6.67 – 9.33 คะแนน

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงานของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย จะมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 4.00 – 6.66 คะแนน

การตัดสินระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อ โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละข้อนั้นอยู่ระหว่าง 2.33 – 3.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละข้อนั้นอยู่ระหว่าง 1.67 – 2.32 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมแต่ละข้อนั้นอยู่ระหว่าง 1.00 – 1.66 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน และเจ้าหน้าที่ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า 1 แหล่ง มีจำนวน 14 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เนื่องจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา

พัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) เป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นที่ได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) เป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่มีความเที่ยงตรงสูงและเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยผ่านการนำไปใช้ในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมิได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 5 ท่าน ได้แก่

1. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือการวิจัยจำนวน 2 ท่าน

ในครั้งนี้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินระดับความรุนแรงของของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า content validity index เท่ากับ 1.00, 0.75, และ 0.79 ตามลำดับ และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละแบบสอบถามดังแสดงในตารางที่ 3 – 5 ดังนี้

ตารางที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ได้ปรับปรุงหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 5 ท่านรับประทานยาตรงเวลา	- ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา
ข้อที่ 6 ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	- ท่านเพิ่มจำนวนเม็ดยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง
ข้อที่ 7 ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	- ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง
ข้อที่ 8 ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	- ท่านลดจำนวนเม็ดยาด้วยตนเองโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง

ตารางที่ 5 แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ได้ปรับปรุงหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
resuscitation - หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ ซีด ตัวเย็น เขียว ไม่หายใจหรือมีภาวะหายใจลำบาก รุนแรง หอบเหนื่อย พูดเป็นคำ ๆ หรือพูดไม่ได้ ทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน มีอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสโลหิต ชักอย่างต่อเนื่อง	- หัวใจหยุดเต้น ตัวเย็น ซีด เขียว หรือหยุดหายใจ หายใจลำบากรุนแรง หอบเหนื่อยจนพูดเป็นคำ ๆ หรือพูดไม่ได้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90%
emergent - ตัวเย็น ซีด เหงื่อออก เจ็บหน้าอก หายใจลำบากรุนแรงปานกลาง หายใจเร็วขึ้น พูดเป็นวลี หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง อาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจ อ่อนแรงเฉียบพลันหรือกลืนลำบาก อาการเจ็บปวดรุนแรง ปวดท้อง ปวดหลัง คลื่นไส้หรืออาเจียนที่สัมพันธ์กับภาวะขาดน้ำ มีอาการระดับน้ำตาลในร่างกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ	- หายใจลำบากรุนแรงปานกลาง หรือหายใจเร็วขึ้นจนพูดเป็นวลี หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง เจ็บหน้าอก (มีประวัติเป็นโรคหัวใจ) มีอาการอ่อนแรงเฉียบพลัน คลื่นไส้หรืออาเจียนที่สัมพันธ์กับภาวะขาดน้ำ มีอาการระดับน้ำตาลในร่างกายสูงหรือต่ำกว่าปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 92%
urgent - เจ็บหน้าอก (ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ) มีอาการแสดงของการติดเชื้อ หายใจลำบาก หอบเหนื่อยปานกลางหรือน้อย หายใจเร็ว ตื้น พูดเป็นประโยค ชัก (แต่รู้สึกตัวแล้ว) มีภาวะขาดน้ำ	- มีอาการหายใจลำบากหรือหอบเหนื่อยปานกลางหรือน้อย หายใจเร็ว ตื้น แต่พูดเป็นประโยคได้ มีภาวะขาดน้ำ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 92 - 95%

ตารางที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ได้ปรับปรุงหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 มีผู้ให้ความรัก ความเข้าใจในตัวท่าน	- มีบุคคลรอบข้างให้ความรัก ความเข้าใจในตัวท่าน
ข้อที่ 2 มีผู้ให้ความสนใจ เอาใจใส่ และซักถามเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของท่าน	- มีบุคคลรอบข้างให้ความสนใจ เอาใจใส่ และซักถามเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของท่าน
ข้อที่ 11 มีผู้จัดเตรียมหรือซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย และเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ท่าน	- มีบุคคลรอบข้างจัดเตรียมหรือซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย และเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ท่าน
ข้อที่ 12 มีผู้รับภาระหน้าที่แทนท่านเมื่อจำเป็น (เช่น เมื่อท่านไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้านหรือไปงานเลี้ยง แต่ท่านยังมีงานบ้านหรืองานอื่น ๆ ที่ค้างอยู่)	- มีบุคคลอื่นรับภาระหน้าที่แทนท่านในยามที่ท่านมีธุระอย่างอื่น
ข้อที่ 13 มีผู้ให้การสนับสนุนด้านการเงินกับท่าน	- มีบุคคลรอบข้างให้การสนับสนุนด้านการเงินกับท่าน
ข้อที่ 14 มีผู้ให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน	- มีบุคคลรอบข้างให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับข้อความในคำชี้แจง เกณฑ์ระบุระดับความรุนแรงของโรค และในข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ราย ที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ .87 และแบบสอบถามการสนับสนุนทาง

สังคมได้เท่ากับ .93 นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีเดิม ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ .84 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้เท่ากับ .92 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 7 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ความเที่ยง	
	ขั้นทดลองใช้ (N = 30)	ฉบับใช้จริง (N = 170)
ความร่วมมือในการรับประทานยา	.87	.84
การสนับสนุนทางสังคม	.93	.92

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลดังกล่าวจะพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลาก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมการแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

2.2 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

2.3 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศิริราช ใช้เวลา 12สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

2.4 คณะกรรมการฝ่ายการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยจึงนำหนังสือขออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว ไปติดต่อและขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่วันที่ 7 – 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2550

โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่วันที่ 14 – 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2550

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่วันที่ 21 – 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2550

โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 28 พฤษภาคม – 1 มิถุนายน พ.ศ. 2550

เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 7 พฤษภาคม ถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วยตรวจโรคแพทย์เวรฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเร็อรังเข้ามารับการตรวจที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ผู้ป่วยสูงอายุฟัง และให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที จากนั้นผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรค และวันที่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งสุดท้ายก่อนการมารับบริการครั้งนี้ จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งครบจำนวนทั้งสิ้น 170 คน

5. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 170 ชุด และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

โรงพยาบาลราชวิถี คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมการแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และผลกระทบจากการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ เพศ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับความซึมเศร้า วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของเพศ ระดับเชาวน์ปัญญา กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ โดยใช้สถิติ t – test และทดสอบความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ อายุ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – Way ANOVA) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และห้องตรวจโรคแพทย์เวร โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 170 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 8

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 9 - 19

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 20 - 39

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (N =170)

ลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การกลับมาตรวจซ้ำ ($\bar{x}$ = 21.33, SD = 22.60)	170	100
ภายใน 1 เดือน	129	75.88
ภายใน 2 เดือน	27	15.88
ภายใน 3 เดือน	14	8.24
ช่วงเวลาที่มารับบริการครั้งสุดท้าย		
ในเวลาราชการ	126	74.12
แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	112	65.88
หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน	14	8.24
นอกเวลาราชการ	44	25.88
ช่วงเวลาที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน		
ในเวลาราชการ	92	54.12
นอกเวลาราชการ	78	45.88
สรุปผลการรักษาครั้งสุดท้าย		
กลับบ้าน	141	82.94
รับไว้นอนโรงพยาบาล	29	17.06
สรุปผลการรักษาครั้งปัจจุบัน		
กลับบ้าน	74	45.53
รับไว้นอนโรงพยาบาล	96	56.47

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินที่ศึกษาจำนวน 170 คน พบว่ามีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือนมากที่สุด จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 75.88 รองลงมา คือกลับมาตรวจซ้ำภายใน 2 เดือน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 15.88 และกลับมาตรวจซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.24 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือน พบว่ากลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในวันที่ 1 - 7 เป็นจำนวนมากที่สุด 59 คน คิดเป็นร้อยละ 45.74 รองลงมาคือ ภายในวันที่ 8 – 14 จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 29.46 เมื่อพิจารณาภายในวันที่ 1 – 7 พบว่า มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 2 วัน หรือ 48 ชั่วโมงมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 (ตารางที่ 41 ภาคผนวก ฉ)

ช่วงเวลาที่มารับบริการครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่มาตรวจในเวลาราชการ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 74.12 แยกเป็นแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 65.88 และที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.24 รองลงมาคือ มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินนอกเวลาราชการ คือ วันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่ 16.00 – 08.00 น วันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 25.88

ช่วงเวลาที่มารับบริการในครั้งปัจจุบัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เท่านั้น โดยนอกเวลาราชการ คือวันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่ 16.00 – 08.00 น วันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ และในเวลาราชการ คือ วันจันทร์ – ศุกร์ ตั้งแต่ 08.00 – 16.00 น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับมาตรวจรักษาซ้ำในเวลาราชการมากที่สุด จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 54.12 นอกเวลาราชการมีจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88

สำหรับเหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการมากขึ้นและมารับบริการทันที มีจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 93.53 เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับฉุกเฉิน (urgent) จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 32.08 รองลงมาคือ ฉุกเฉินมาก (emergent) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 25.16 และผู้สูงอายุที่มีอาการมากขึ้นแต่ต้องรอญาติพามาโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.47 เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอาการมากขึ้นและมาโรงพยาบาลทันที พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากกว่า โดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) มากที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 (ตารางที่ 45 ภาคผนวก ฉ)

เมื่อผู้ป่วยที่มารับบริการได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว ครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่แพทย์ให้กลับบ้าน จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 82.94 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 17.06 สำหรับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำในครั้งปัจจุบัน ส่วนใหญ่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นเป็น 96 คน คิดเป็นร้อยละ 56.47 และอนุญาตให้กลับบ้านลดลงเหลือ 74 คน คิดเป็นร้อยละ 45.53

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกเป็นอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกเป็นอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนโรคเรื้อรัง (N = 170)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{x}$ = 74.35, SD = 8.23)		
60 - 69 ปี	54	31.76
70 - 79 ปี	73	42.94
80 ปีขึ้นไป	43	25.29
เพศ		
ชาย	79	46.47
หญิง	91	53.53
รายได้ บาท/เดือน		
ไม่มีรายได้	17	10.00
ต่ำกว่า 1000	24	14.12
1001 - 2000	28	16.47
2001 - 5000	45	26.47
5001 - 10000	24	14.12
มากกว่า 10000	32	18.82
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	59	34.71
เพียงพอ	71	41.76
เหลือเก็บ	40	23.53

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตร หลาน	109	64.18
บำเหน็จ บำนาญ	23	13.53
เงินส่วนตัว	18	10.59
สามี ภรรยา พี่น้อง เบี้ยขยัน	9	5.29
มากกว่า 1 แหล่ง	11	6.47
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เสียค่าใช้จ่ายเอง	22	12.94
เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด	94	55.29
บัตรประกันสุขภาพ	54	31.76
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	38	22.35
ประถมศึกษา	67	39.41
มัธยมศึกษา	40	23.53
อุดมศึกษาขึ้นไป	25	14.70
จำนวนโรคเรื้อรัง		
1 โรค	25	14.71
2 โรค	41	24.12
3 โรค	52	30.59
4 โรค	31	18.24
5 โรค และมากกว่า	21	12.35
ระบบการเจ็บป่วย		
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	123	72.35
โรคความดันโลหิตสูง (HT)	65	52.85
โรคหัวใจและหลอดเลือด (CAD)	30	24.39
โรคหัวใจขาดเลือด (IHD)	13	10.57
โรคหัวใจล้มเหลว (CHF)	15	12.20
ระบบทางเดินหายใจ	23	13.53
โรคถุงลมโป่งพอง (COPD)	20	86.96
โรคหอบหืด (Asthma)	3	13.04

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระบบต่อมไร้ท่อ	24	14.12
โรคเบาหวาน (DM)	24	100

จากตารางที่ 9 ผู้สูงอายุ 170 คน ที่กลับมารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 74 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) มารับบริการมากที่สุด จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.94 รองลงมา คือผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 31.76 และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 25.29

ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 53.53 เพศชาย จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 46.47

รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2001 – 5000 บาท จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 26.47 รองลงมา คือ มีรายได้มากกว่า 10000 บาท จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 น้อยที่สุด คือ ไม่มีรายได้จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 เมื่อพิจารณาในด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในระดับที่เพียงพอ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 41.76 รองลงมาคือ ไม่เพียงพอ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 34.71 และเหลือเก็บ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 ตามลำดับ

แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้จากบุตรหลาน มากที่สุด จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 64.18 รองลงมา คือ บำเหน็จ บำนาญ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 13.53 น้อยที่สุด คือจากสามี ภรรยา พี่น้องและเบี้ยยังชีพ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.29 และผู้สูงอายุบางคนมีแหล่งรายได้มากกว่า 1 แหล่ง มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.47

สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เบิกได้จากหน่วยงานต้นสังกัด จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 55.29 รองลงมา คือ บัตรประกันสุขภาพ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 31.76 และเสียค่าใช้จ่ายเอง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 12.94 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 39.41 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 น้อยที่สุด คือ ระดับอุดมศึกษาขึ้นไป จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 14.70

จำนวนโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 3 โรค จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 30.59 รองลงมา คือ 2 โรค จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 24.12 น้อยที่สุด คือ 5 โรคหรือมากกว่า จำนวน 21คน คิดเป็นร้อยละ 12.35

ความเจ็บป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุด คือ ระบบหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 72.35 โรคที่พบมากที่สุดในระบบนี้คือ ความดันโลหิตสูง มีจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 52.85 รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CAD), โรคหัวใจล้มเหลว (CHF) และ โรคหัวใจขาดเลือด (IHD) จำนวน 30 คน,15 คน และ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 24.39,12.20 และ10.57ตามลำดับ ความเจ็บป่วยที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำรองลงมา คือ ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบทางเดินหายใจ มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 24 คน และ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 14.12 และ 13.53 ตามลำดับ โรคที่พบในระบบต่อมไร้ท่อมีเพียงโรคเดียว คือ เบาหวาน จำนวน 24 คน และโรคที่พบในระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่คือ โรคถุงลมโป่งพอง และ โรคหอบหืด จำนวน 20 และ 3 คน ตามลำดับ

2.2 ผลการวิเคราะห์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับความร่วมมือในการรับประทานยา (N = 170)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก	117	68.82
ระดับดี	38	22.35
ระดับปานกลาง	10	5.88
ระดับต่ำ	5	2.94

จากตารางที่ 10 ผู้สูงอายุจำนวน 170 คน ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 68.82 รองลงมาอยู่ในระดับดี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 22.35 น้อยที่สุด คือให้ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามรายข้อ (N = 170)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	$\bar{x}$	SD	ระดับความร่วมมือ
1.หยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการเจ็บป่วยดีขึ้น	4.45	1.09	ดี*
2. ลืมรับประทานยา	4.24	1.02	ดี*
3. รับประทานยาเมื่อจำเป็นเท่านั้น	4.39	1.17	ดี*
4.หยุดรับประทานยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	4.44	1.09	ดี*
5. รับประทานยาตรงตามเวลา	4.34	1.00	ดี
6. เพิ่มจำนวนเม็ดยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	4.56	1.10	ดีมาก*
7. รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง	4.74	0.75	ดีมาก
8. เคยลดจำนวนเม็ดยาด้วยตนเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	4.55	1.12	ดีมาก*
ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวม	4.46	0.72	ดี

* หมายถึง ข้อความเชิงลบ

จากตารางที่ 11 ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับดี ในเรื่องหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการเจ็บป่วยดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.45) รองลงมาคือ หยุดรับประทานยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ($\bar{x}$ = 4.44) และผู้สูงอายุลืมรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}$ = 4.24)

ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก ในเรื่องรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.74) รองลงมาคือ การเพิ่มจำนวนเม็ดยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และเคยลดจำนวนเม็ดยาด้วยตนเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ($\bar{x}$ = 4.56 และ 4.55 ตามลำดับ)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองของแคนาดาและมาตรวัดการคัดกรองออสเตรเลีย (N = 170)

ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation)	14	8.24
ฉุกเฉินมาก (emergency)	41	24.12
ฉุกเฉิน (urgent)	52	30.59
ฉุกเฉินปานกลาง (less – urgent)	27	15.88
ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent)	36	21.18

จากตารางที่ 12 ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำมีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ที่พบ คือ ฉุกเฉิน (urgent) มีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 30.59 รองลงมาคือ ฉุกเฉินมาก (emergent) มีจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 24.12 น้อยที่สุด คือ ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) มีจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.24

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข (2542)

ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ฉุกเฉินมาก (emergency)	55	32.35
ฉุกเฉิน (urgent)	52	30.59
ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent)	63	37.06

จากตารางที่ 13 ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำมีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ที่พบ คือ ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent) จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อย

ละ 37.06 รองลงมามีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ฉุกเฉินมาก (emergency) และฉุกเฉิน (urgent) จำนวน 55 คน และ 52 คน คิดเป็นร้อยละ 32.35 และ 30.59 ตามลำดับ

2.4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (N = 170)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
ต้องช่วยเหลือทั้งหมด	12	7.06	2.17	1.40
พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง	19	11.18	6.11	1.05
พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง	18	10.59	10.28	0.83
พึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก	121	71.18	16.90	2.30
รวม	170	100	13.95	5.34

จากตารางที่ 14 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก มากที่สุด จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 71.18 รองลงมามีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง และระดับปานกลาง มีจำนวน 19 และ 18 คน คิดเป็นร้อยละ 11.18 และ 10.59 น้อยที่สุดอยู่ในระดับต้องช่วยเหลือทั้งหมด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.17

เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก ในทุกรายข้อ กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้เองสูงสุด คือ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา การใช้ห้องสุขา จำนวน 156, 145 และ 121คน คิดเป็นร้อยละ 91.76, 85.29 และ 71.18 ตามลำดับ กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้เองน้อยที่สุด คือ การขึ้นลงบันได 1 ขั้น, การกลั้นการถ่ายอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 85, 63 และ 38 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 50.00, 37.06 และ 22.35 ตามลำดับ (ตารางที่ 48 ภาคผนวก ฉ)

2.5 ผลการวิเคราะห์ระดับเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ระดับเชาวน์ปัญญาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามภาวะสมองเสื่อม (N = 170)

ระดับเชาวน์ปัญญา	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	128	75.30
มีภาวะสมองเสื่อม	42	24.70

จากตารางที่ 15 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปกติ จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 24.70

2.6 ผลการวิเคราะห์ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (N = 170)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ	86	50.59
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	37	21.76
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	33	19.41
ภาวะซึมเศร้ารุนแรง	14	8.24
รวม	170	100

จากตารางที่ 16 ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 12.85 ซึ่งค่อนมาทางมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย เมื่อพิจารณาเป็นระดับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 50.59 และเกือบครึ่งคิดเป็นร้อยละ 49.41 มี ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 21.76, 19.41 และ 8.24

2.7 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายด้าน (N = 170)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
การสนับสนุนทางสังคม	170	100	27.89	7.34	ปานกลาง
ระดับมาก	56	32.94			
ระดับปานกลาง	65	38.24			
ระดับน้อย	49	28.82			
การสนับสนุนด้านอารมณ์	170	100	11.22	3.03	ปานกลาง
ระดับมาก	91	53.53			
ระดับปานกลาง	59	34.71			
ระดับน้อย	20	11.76			
การสนับสนุนด้านการประเมินตนเอง	170	100	6.38	2.23	ปานกลาง
ระดับมาก	81	47.65			
ระดับปานกลาง	47	27.65			
ระดับน้อย	42	24.71			
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	170	100	3.17	1.14	น้อย
ระดับมาก	22	12.94			
ระดับปานกลาง	40	23.53			
ระดับน้อย	108	63.53			
การสนับสุนนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินและแรงงาน	170	100	7.12	2.53	ปานกลาง
ระดับมาก	36	21.18			
ระดับปานกลาง	55	32.35			
ระดับน้อย	79	46.47			

จากตารางที่ 17 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 27.89) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินตนเอง และด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินและแรงงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 11.22, 6.38 และ 7.12 ตามลำดับ) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 3.17)

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินตนเอง ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินและแรงงานของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกรายข้อ (N = 170)

การได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ด้านอารมณ์			
บุคคลรอบข้างให้ความรักความเข้าใจในตัวท่าน	2.45	0.67	มาก
บุคคลรอบข้างให้ความสนใจ เอาใจใส่ ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ	2.40	0.71	มาก
ได้รับความอบอุ่นและรู้สึกปลอดภัยจากบุคคลรอบข้าง	2.42	0.68	มาก
มีบุคคลใกล้ชิดรับฟังท่านระบายความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจ	1.52	0.78	น้อย
บุคคลรอบข้างให้ความนับถือ ยกย่องให้เกียรติท่าน	2.43	0.68	มาก
2. ด้านการประเมินตนเอง			
บุคคลรอบข้างบอกว่าท่านมีสุขภาพแข็งแรง	2.17	0.83	ปานกลาง
บุคคลรอบข้างชมเชยท่านที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้	2.16	0.82	ปานกลาง
ท่านมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นกับบุคคลรอบข้าง	2.04	0.79	ปานกลาง
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร			
ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	1.40	0.67	น้อย
ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์	1.77	0.75	ปานกลาง
4. ด้านวัสดุ สิ่งของ การเงินและแรงงาน			
บุคคลรอบข้างจัดเตรียมหรือซื้อเสื้อผ้าให้ท่าน	1.86	0.75	ปานกลาง
มีบุคคลอื่นรับภาระหน้าที่แทนในยามที่ท่านมีธุระอื่น	1.83	0.79	ปานกลาง
มีบุคคลรอบข้างให้การสนับสนุนด้านการเงิน	1.60	0.71	น้อย
มีบุคคลรอบข้างให้ความช่วยเหลือในการไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน	1.84	0.70	ปานกลาง

จากตารางที่ 18 ผู้สูงอายุได้รับระดับการสนับสนุนทางสังคมเมื่อพิจารณาตามรายด้านและรายข้อ พบว่า ด้านอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีบุคคล

ใกล้ชิดรับฟังท่านระบายความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจ จากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนหนึ่งคือ ไม่มีเรื่องกังวลใจหรือทุกข์ใจที่ต้องระบายความรู้สึกออกมาให้คนอื่นรับฟัง เนื่องจากคิดได้และปลงได้ ส่วนด้านการประเมินตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ด้านข้อมูลข่าวสาร เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อยู่ในระดับน้อย ส่วนการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 19 จำนวนแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

แหล่งให้ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คู่สมรส n (%)	บุตร n (%)	ญาติ n (%)	เพื่อน n (%)	เจ้าหน้าที่ n (%)	รวม n (%)
ด้านอารมณ์						
1. บุคคลรอบข้างให้ความรักความเข้าใจในตัวท่าน	63 (25.00)	161 (63.89)	21 (8.33)	6 (2.38)	1 (0.40)	252 (100)
2. บุคคลรอบข้างให้ความสนใจ เอาใจใส่ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ	62 (24.60)	160 (63.49)	21 (8.33)	8 (3.17)	1 (0.40)	252 (100)
3. ได้รับความอบอุ่นและรู้สึกปลอดภัยจากบุคคลรอบข้าง	63 (25.93)	160 (65.84)	16 (6.58)	4 (1.65)	0 (00.00)	243 (100)
4. มีบุคคลใกล้ชิดรับฟังท่านระบายความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจ	31 (27.68)	63 (56.25)	9 (8.04)	8 (7.14)	1 (0.89)	112 (100)
5. บุคคลรอบข้างให้ความนับถือ ยกย่องให้เกียรติท่าน	61 (24.50)	162 (65.06)	17 (6.83)	9 (3.61)	0 (00.00)	249 (100)

แหล่งให้ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คู่สมรส n (%)	บุตร n (%)	ญาติ n (%)	เพื่อน n (%)	เจ้าหน้าที่ n (%)	รวม n (%)
ด้านการประเมินตนเอง						
6. บุคคลรอบข้างบอกว่าท่านมีสุขภาพที่แข็งแรง	21 (8.24)	78 (30.59)	21 (8.24)	126 (49.41)	9 (3.53)	255 (100)
7. บุคคลรอบข้างชมเชยที่ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้	21 (8.30)	77 (30.43)	21 (8.30)	126 (49.80)	8 (3.16)	253 (100)
8. ท่านมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นกับบุคคลรอบข้าง	48 (20.87)	157 (68.26)	12 (5.22)	13 (5.65)	0 (00.00)	230 (100)
ด้านข้อมูลข่าวสาร						
9. ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ	5 (4.72)	8 (7.55)	3 (2.83)	45 (42.45)	45 (42.45)	106 (100)
10. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์	9 (4.74)	47 (24.74)	10 (5.26)	16 (8.42)	108 (56.84)	190 (100)
ด้านวัสดุ สิ่งของและแรงงาน						
11. บุคคลรอบข้างจัดเตรียมหรือซื้อเสื้อผ้าให้ท่าน	34 (19.21)	133 (75.14)	6 (3.39)	3 (1.69)	1 (0.56)	177 (100)
12. มีบุคคลอื่นรับภาระหน้าที่แทนท่านในยามที่ท่านมีธุระอื่น	37 (21.14)	124 (70.86)	7 (4.00)	7 (4.00)	0 (00.00)	175 (100)
13. บุคคลรอบข้างให้การสนับสนุนด้าน	11 (6.55)	150 (89.29)	6 (3.57)	1 (0.60)	0 (00.00)	168 (100)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แหล่งให้ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คู่สมรส n (%)	บุตร n (%)	ญาติ n (%)	เพื่อน n (%)	เจ้าหน้าที่ n (%)	รวม n (%)
การเงิน						
14. บุคคลรอบข้างให้ความช่วยเหลือในการไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน	26 (15.03)	130 (75.14)	6 (3.47)	11 (6.36)	0 (00.00)	173 (100)

จากตารางที่ 19 แหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวมได้รับจากบุตร มากที่สุดในทุก ๆ ด้าน เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ทุกข้อ บุตรให้การสนับสนุนมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีบุคคลใกล้ชิดรับฟังท่านระบายความรู้สึกและเห็นอกเห็นใจ ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่าข้ออื่น ๆ ในทุก ๆ แหล่ง

ด้านการประเมินตนเองส่วนใหญ่ในทุกข้อ เพื่อนบ้านเป็นแหล่งให้การสนับสนุนมากที่สุด รองลงมาคือบุตร

ด้านข้อมูล ข่าวสาร เมื่อพิจารณาตามรายข้อ ข่าวสารเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ และเพื่อนบ้าน มากที่สุด ส่วนการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ พบว่าส่วนใหญ่ได้จากเจ้าหน้าที่ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์และการฟังวิทยุมากที่สุด รองลงมาคือบุตร

ด้านวัสดุ สิ่งของและแรงงาน ได้รับการสนับสนุนจากบุตรมากที่สุดในทุกข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
60 – 69 ปี	54	15.83	19.11	1	90
70 – 79 ปี	73	24.04	24.49	1	90
80 ปีขึ้นไป	43	23.63	22.55	1	90
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 20 ผู้สูงอายุตอนต้น (60 -69 ปี) มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 15.83 วัน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) และ ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 – 79 ปี) มีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 23.63 วันและ 24.04 วัน ตามลำดับ

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุ กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	2395.13	2	1197.57	2.38	.10
ภายในกลุ่ม	83892.42	167	502.35		
รวม	86287.55	169			

จากตารางที่ 21 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า อายุแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจซ้ำ	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	df	t	p - value
เพศ				168	.17	.87
ชาย	79	21.65	22.56			
หญิง	91	21.05	22.75			

จากตารางที่ 22 ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงมีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 21.05 วัน และเพศชายเท่ากับ 21.65 วัน

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า เพศแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
ไม่เพียงพอ	59	18.78	20.49	1	90
เพียงพอ	71	22.90	22.48	1	90
เหลือเก็บ	40	22.30	25.81	1	90
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 23 ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ามีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอ มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 18.78 วัน รองลงมาคือเหลือเก็บ และเพียงพอ มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเท่ากับ 22.30 วันและ 22.90 วันตามลำดับ

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเพียงพอของรายได้กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
ความเพียงพอของรายได้					
ระหว่างกลุ่ม	596.71	2	298.35	.58	.56
ภายในกลุ่ม	85690.85	167	513.12		
Total	86287.55	169			

จากตารางที่ 24 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเพียงพอของรายได้ กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ความเพียงพอของรายได้แตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
ไม่ได้เรียนหนังสือ	38	19.71	20.91	1	90
ประถมศึกษา	67	22.76	24.35	1	90
มัธยมศึกษา	40	20.93	22.19	2	90
อุดมศึกษาขึ้นไป	25	20.60	21.89	1	90
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 25 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 19.71 วัน รองลงมาคือ ระดับอุดมศึกษาขึ้น มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเท่ากับ 20.60 วัน และระดับประถมศึกษามีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษามากที่สุดเท่ากับ 22.76 วัน

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	256.78	3	85.59	.17	.92
ภายในกลุ่ม	86030.77	166	518.26		
Total	86287.55	169			

จากตารางที่ 26 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับการศึกษากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
ระดับดีมาก	117	18.44	1.75	1	90
ระดับดี	38	28.11	4.50	1	90
ระดับปานกลาง	10	34.40	10.86	1	90
ระดับต่ำ	5	11.20	6.30	1	90
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 27 ผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 11.20 วัน รองลงมาคือ ระดับดีมาก มีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 18.44 วัน และระดับปานกลาง มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุดเท่ากับ 34.40 วัน

ตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
ความร่วมมือในการรับประทานยา					
ระหว่างกลุ่ม	4939.89	3	1646.63	3.36	.02
ภายในกลุ่ม	81347.67	166	490.05		
รวม	86287.55	169			

จากตารางที่ 28 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ความร่วมมือในการ

รับประทานยาแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน แตกต่างกัน

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามจำนวนโรคเรื้อรัง

จำนวนโรคเรื้อรัง	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
1 โรค	25	24.24	27.45	2	90
2 โรค	41	22.78	22.78	1	90
3 โรค	52	22.06	24.54	1	90
4 โรค	31	18.65	17.24	1	55
5 โรคและมากกว่า	21	17.19	18.58	2	82
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 29 ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 5 โรคและมากกว่า มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 17.19 วัน รองลงมาคือ จำนวน 4 โรค มีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 18.65 วันและ จำนวน 3 โรค, 2 โรค และ 1 โรค มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำใกล้เคียงกันเท่ากับ 22.06 วัน, 22.78 วัน และ 24.24 วันตามลำดับ

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
จำนวนโรคเรื้อรัง					
ระหว่างกลุ่ม	908.81	4	227.20	.44	.78
ภายในกลุ่ม	85378.75	165	517.45		
รวม	86287.55	169			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 30 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า จำนวนโรคเรื้อรังแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ กระทรวงสาธารณสุข (2542)

ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
ฉุกเฉินมาก (emergent)	55	21.05	20.61	1	82
ฉุกเฉิน (urgent)	52	20.71	24.34	1	90
ไม่ฉุกเฉิน (non - urgent)	63	22.08	23.10	1	90
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 31 ผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำในทุกระดับ มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำใกล้เคียงกัน โดยระดับฉุกเฉิน (urgent) ฉุกเฉินมาก (emergent) และ ไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) มีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 20.71 วัน 21.05 วัน และ 21.33 วันตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ กระทรวงสาธารณสุข (2542) กับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ					
ระหว่างกลุ่ม	59.44	2	29.72	.06	.94
ภายในกลุ่ม	86228.11	167	516.34		
รวม	86287.55	169			

จากตารางที่ 32 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 33 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
ต้องช่วยเหลือทั้งหมด	12	17.50	18.45	2	66
พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง	19	11.16	11.12	2	54
พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง	18	16.11	15.21	1	59
พึ่งพาผู้อื่นระดับน้อยมาก	121	24.08	24.64	1	90
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 33 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรงมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 11.16 วัน รองลงมาคือพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง มีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ16.11 วัน และ พึ่งพาผู้อื่นระดับน้อยมาก มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุดเท่ากับ 24.08 วัน

ตารางที่ 34 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ระหว่างกลุ่ม	3549.08	3	1183.03	2.37	.07
ภายในกลุ่ม	82738.48	166	498.43		
รวม	86287.55	169			

จากตารางที่ 34 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 35 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับเชาวน์ปัญญากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจซ้ำ	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	df	t	p - value
ระดับเชาวน์ปัญญา				168	.74	.46
ปกติ	128	22.06	22.88			
มีภาวะสมองเสื่อม	42	19.10	21.84			

จากตารางที่ 35 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 19.10 วัน และเชาวน์ปัญญาระดับปกติมีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 22.06

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับเชาวน์ปัญญากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ระดับเชาวน์ปัญญาแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 36 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
ปกติ	86	20.57	21.74	1	90
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	37	25.05	26.41	2	90
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	33	22.79	23.58	2	90
ภาวะซึมเศร้ารุนแรง	14	12.71	10.85	1	37
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 36 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 12.71 วัน รองลงมาคือ ระดับปกติ มีจำนวนวันเฉลี่ยเท่ากับ 20.57

วัน และภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุด เท่ากับ 25.05 วัน

ตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
ระดับภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม	1672.21	3	557.40	1.09	.35
ภายในกลุ่ม	84615.35	166	509.73		
รวม	86287.55	169			

จากตารางที่ 37 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 38 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	จำนวนวันเฉลี่ย	SD	Min	Max
ระดับมาก	56	21.79	22.79	1	90
ระดับปานกลาง	65	22.06	22.61	1	90
ระดับน้อย	49	19.84	22.76	1	90
รวม	170	21.33	22.60	1	90

จากตารางที่ 38 ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วที่สุดเท่ากับ 19.84 วัน รองลงมาคือ ระดับมากและระดับปานกลางมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำใกล้เคียงกัน เท่ากับ 21.79 วัน และ 22.06 วัน ตามลำดับ

ตารางที่ 39 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	SS	df	MS	F	p - value
การสนับสนุนทางสังคม					
ระหว่างกลุ่ม	155.68	2	77.84	.15	.86
ภายในกลุ่ม	86131.88	166	515.76		
รวม	86287.55	169			

จากตารางที่ 39 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลงานวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) แบบศึกษาเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้าน อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ หรือโรคต่อมไร้ท่อ อย่างน้อย 1 ระบบ ที่เคยเข้ามารับการตรวจรักษาที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย และแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 90 วัน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1978, อ้างอิงในบุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2547: 209) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 170 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

2. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามของเพชรี คันธสายบัว (2544) และสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ในด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา ตามแนวคิดของ Frragher (1999) มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ผู้วิจัยแปลจากระดับความเร่งด่วนและการคัดกรองแคนาดา (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale, 2004) และมาตรวัดการคัดกรองออสเตรเลีย (The Australasian Triage Scale: ATS) โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Bathel ADL index ซึ่ง สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) ได้พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ

5. แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ที่แปลโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale – TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) จำนวน 30 ข้อ

7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ มธุรส จันทร์แสงสี (2540) และวาสนา เฟื่องฟู (2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ House (1981) จำนวน 14 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 170 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน ในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และหน่วยตรวจโรคแพทย์เวรฉุกเฉิน โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม ถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ได้ข้อมูลครบถ้วน 170 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่

1. ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านอายุ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา

ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนทางเดียว One – Way ANOVA

3. เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านเพศ และระดับเชาวน์ปัญญากับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ใช้สถิติ T-test

โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อายุที่มากขึ้นจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

2. เพศที่แตกต่างกันจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินแตกต่างกัน

3. ความเพียงพอของรายได้ที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

4. ระดับการศึกษาสูงจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

5. ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

6. จำนวนโรคมากขึ้นจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

7. ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่แตกต่างกันจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินแตกต่างกัน

8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรงจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

9. ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญาจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

10. ภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับรุนแรงมากจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินน้อยลง

11. การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับน้อย จะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินน้อยลง

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ลักษณะของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำนวน 170 คน เฉลี่ยมีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือนมากที่สุด จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 75.88 เมื่อพิจารณาภายใน 1 เดือน พบว่า มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายในวันที่ 1 - 7 มากที่สุด มีจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 34.71 เมื่อพิจารณาภายในวันที่ 1 – 7 พบว่ามีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 2 วันหรือ 48 ชั่วโมง มากที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 8.82

ช่วงเวลาที่มารับการรักษาครั้งก่อน ส่วนใหญ่มาตรวจในเวลาราชการ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 74.12 แยกเป็นแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 65.88 ที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.24 และนอกเวลาราชการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 25.88 และเมื่อได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เรียบร้อยแล้วแพทย์ให้กลับบ้าน141 คน คิดเป็นร้อยละ 82.94 และแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 17.05

ช่วงเวลาที่มารับการรักษาครั้งปัจจุบัน ที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่าผู้สูงอายุกลับมาตรวจรักษาซ้ำในเวลาราชการเพิ่มขึ้น เป็น 92 คน คิดเป็นร้อยละ 54.12 นอกเวลาราชการเพิ่มขึ้นเช่นกัน เป็น 78 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88 และเมื่อได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เรียบร้อยแล้วแพทย์ให้กลับบ้านลดลงเหลือ 74 คน คิดเป็นร้อยละ 45.53 และแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 96 คน คิดเป็นร้อยละ 56.47

เหตุผลที่มารับบริการในครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นและมารับบริการทันโดย มีจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 93.53 เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ พบว่าส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับฉุกเฉิน (urgent) จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 32.08 และผู้สูงอายุที่มีอาการมากขึ้นแต่ต้องรอญาติพามาโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.47 เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอาการมากขึ้นและมาโรงพยาบาลทันที พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากกว่า โดยส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) มากที่สุด จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับ

การศึกษา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความร่วมมือในการรับประทานยา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม พบว่า

2.1 อายุ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.53 ปี (เพศชายมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.38 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.31 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) มีจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 42.94 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) มีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 31.76 และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 25.29

2.2 เพศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 53.53 และเพศชาย จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 46.47

2.3 รายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 2,001 – 5,000 บาท จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 26.47 เมื่อพิจารณาด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่ มีความเพียงพอ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 41.76 รองลงมาคือ ไม่เพียงพอ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 34.71 ส่วนแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากบุตรหลาน รองลงมาคือเงินบำเหน็จ บำนาญ และเงินส่วนตัว สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เบิกได้จากหน่วยงานต้นสังกัด จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 55.29 รองลงมาคือ บัตรประกันสุขภาพ จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 31.76

2.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 39.41 รองลงมามีจำนวนใกล้เคียงกัน คือระดับมัธยมศึกษา และ ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 40 และ 38 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53 และ 22.35 ตามลำดับ

2.5 ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.46) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับดี เรื่องหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการเจ็บป่วยดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.45) รองลงมาคือ หยุดรับประทานยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ($\bar{x}$ = 4.44) และผู้สูงอายุลืมรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}$ = 4.24)

ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก เรื่องรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.74) รองลงมาคือ การเพิ่มจำนวนเม็ดยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และเคยลดจำนวนเม็ดยาด้วยตนเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ($\bar{x}$ = 4.56 และ 4.55 ตามลำดับ)

2.6 จำนวนโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีโรคประจำตัว 3 โรค จำนวน 52 คน คิด

เป็นร้อยละ 30.59 รองลงมาคือ 2 และ 4 โรค จำนวน 41 คน และ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 24.12 และ 18.24 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกเป็นระบบ พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 72.35 โดยโรคที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (HT) จำนวน 65 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด (CAD) จำนวน 30 คน

2.7 ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ พบว่าระดับฉุกเฉิน (urgent) มากที่สุด จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 30.59 รองลงมาคือ emergent และ non – urgent จำนวน 41 คน และ 36 คน คิดเป็นร้อยละ 24.12 และ 21.18 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำจำแนกตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ คือ ไม่ฉุกเฉิน (non – urgent) จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ37.06 รองลงมามีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ฉุกเฉินมาก (emergent) และฉุกเฉิน (urgent) จำนวน 55 คน และ 52 คน คิดเป็นร้อยละ 32.35 และ 30.59 ตามลำดับ

2.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก ($\bar{x}$ = 13.95)

2.9 ระดับเชาวน์ปัญญา ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับปกติจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 และมีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 24.70

2.10 ระดับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีระดับภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x}$ = 12.85) เมื่อพิจารณาเป็นระดับภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 50.59 และเกือบครึ่งคิดเป็นร้อยละ 49.41มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง จำนวน 37 คน, 33 คน และ 14 คน คิดเป็นร้อยละ 21.76, 19.41 และ 8.24 ตามลำดับ

2.11 การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 27.89) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินตนเอง และด้านวัสดุ สิ่งของและแรงงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 11.22, 6.38 และ 7.12 ตามลำดับ) ส่วนด้านข้อมูล ข่าวสารอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 3.17)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านอายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวนโรคเรื้อรัง ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมกับจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน พบว่า

3.1 อายุที่มากขึ้นมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับกลุ่มอายุอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3.2 เพศ ที่แตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.3 ความเพียงพอของรายได้ที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับความเพียงพอของรายได้ในระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

3.4 ระดับการศึกษาสูงมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับระดับการศึกษาอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

3.5 ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินน้อยกว่าความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับอื่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5

3.6 จำนวนโรคเรื้อรังที่มากขึ้นมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับจำนวนโรคเรื้อรังน้อย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6

3.7 ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่แตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7

3.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรงมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8

3.9 ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญามีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับเชาวน์ปัญญาในระดับปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 9

3.10 ภาวะซึมเศร้าที่ระดับรุนแรงมากมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติ เหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับภาวะซึมเศร้าในระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 10

3.11 การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับน้อยมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติ เหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 11

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. อายุ ที่มากขึ้นมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินไม่แตกต่างกับกลุ่มอายุอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ซื้อยามากินเอง และไปรักษาพื้นบ้าน/หาหมอ พื้นบ้านสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ร้อยละ 4.2 และร้อยละ 1.2 ตามลำดับ ขณะที่ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70 - 79 ปี ใช้บริการหลายวิธีและไม่มีแพทย์มากว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ร้อยละ 12.2 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 76.3 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lowenstein et al (1986) พบว่า ผู้ที่มีอายุ 65 – 75 ปี มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำร้อยละ 10 และอายุ 75 ปีขึ้นไปอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29 จากการศึกษาของ Welch et al (1999) พบว่า ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ ร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 65-74 ปี และ Friedmann et al (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำมีอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 47 และจากการศึกษาของ Martin – Gill & Reiser (2004) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเร็วขึ้นและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาทั้งหมดอยู่ในวัยสูงอายุ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกันมาก นอกจากนี้ธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคเรื้อรังหลายโรคมีสาเหตุจากหลายปัจจัยที่สะสมมาเป็นเวลานานก่อนที่อาการของโรคจะปรากฏขึ้น อาจเป็นมาจากวิถีชีวิต (สมจิตร หนุเจริญกุล, 2546: 10) ซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยสูงอายุที่มักมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการสูงอายุที่ทำให้กำลังสำรอง กลไกการรักษาความสมดุล ภูมิต้านทานลดลงก่อให้เกิดความอ่อนแอและเปราะบาง ไม่สามารถจัดการ

กับความเจ็บป่วยได้ จึงนำไปสู่การเกิดโรค (Meldon, Ma & Woolard, 2004) และผลแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยก่อนหน้านี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีโรคเรื้อรังจึงอาจมีอาการกำเริบ เกิดความเจ็บป่วยกะทันหันโดยไม่ได้คาดคิด (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, 2549: 146) จำเป็นต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อให้รอดพ้นระยะวิกฤติของชีวิตเป็นระยะ ๆ และจากผลการวิจัย ผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (70 – 79 ปี) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ทันที คิดเป็นร้อยละ 32.70 และ 44.03 ในขณะที่ผู้สูงอายุตอนปลายเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ทันที คิดเป็นร้อยละ 23.27 และต้องรอให้ญาติพามาโรงพยาบาลมีอัตราสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 54.54 (ตารางที่ 52 ภาคผนวก ฉ)

2. เพศ ที่แตกต่างกันจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ McCusker et al (1997) พบว่า เพศชาย มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ร้อยละ 24 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยมีการดูแลช่วยเหลือกันในระบบครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านเป็นอย่างดี เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะสามารถพึ่งพาให้ความช่วยเหลือกัน โดยไม่เลือกว่าเป็นเพศหญิงหรือชาย จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองเพศได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงใกล้เคียงกัน เพศหญิงและชาย คิดเป็นร้อยละ 31.89 และ 34.17 ตามลำดับ ระดับปานกลางเพศหญิงมีอัตราสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 42.86 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 32.91 ระดับน้อยเพศชายมีอัตราสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 32.91 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 24.27 และระดับความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละระดับใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงและชาย มีระดับความเจ็บป่วยฉุกเฉินมาก (emergent) คิดเป็นร้อยละ 32.97 และ 31.66 ตามลำดับ ฉุกเฉิน (urgent) คิดเป็นร้อยละ 29.67 และ 31.65 ตามลำดับ และไม่ฉุกเฉิน (non - urgent) คิดเป็นร้อยละ 37.36 และ 36.71 ตามลำดับ (ตารางที่ 49 ภาคผนวก ฉ)

3. ความเพียงพอของรายได้ ที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินไม่แตกต่างกับความเพียงพอของรายได้ในระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedmann et al (2001) พบว่า การขาดการสนับสนุนด้านประกันชีวิตเป็นตัวแปรหนึ่งที่ใช้ทำนายการเกิดความเจ็บป่วย (morbid) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินภายใน 30 วัน บ่งบอกถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ไม่ดี และจากการศึกษาของ Martin – Gill & Reiser (2004) พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และสิทธิ์การรักษา มีความสัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วขึ้นและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ

Caplan et al (1998) พบว่าอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือนมีร้อยละ 16 โดยมีปัจจัยทำนายคือ ขาดการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย อาจเนื่องมาจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ทำให้คนไทยทุกคนได้รับสิทธิการประกันสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งถือเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 52 ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาค ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษา พยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย....” สอดคล้องกับแนวคิด วัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545 – 2549) ที่กำหนดให้คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2547:1) และจากโครงการให้การรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้บริการของรัฐมากขึ้นถึงร้อยละ 87.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544) และในปีงบประมาณ 2549 สปสช. ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,659.20 บาท/ประชากร ซึ่งงบดังกล่าวจัดสรรเป็นค่ารักษาพยาบาลบริการผู้ป่วยนอก 574 บาท, 488.2 บาท, เพิ่มขึ้นเป็น 533.01 บาท และเพิ่มขึ้นเป็น 585.11 บาท ในปี พ.ศ. 2546, 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549: 95-98) และกรมบัญชีกลางได้เริ่มดำเนินการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาล ในส่วนของผู้รับเบี้ยหวัดหรือบำนาญมาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2548 เป็นการอำนวยความสะดวกและลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับเบี้ยหวัดหรือบำนาญเมื่อจำเป็นต้องเข้ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของราชการ โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน (www.cgd.go.th) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ต้องกังวลถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง

4. ระดับการศึกษาสูงจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินไม่แตกต่างกับระดับการศึกษาอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 อาจเนื่องจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545 – 2549) ที่กำหนดให้คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2547: 1) ระบบสาธารณสุขของประเทศจึงมีการให้บริการทั้งในเชิงรับและเชิงรุกมากขึ้น มีการพัฒนาบริการสู่ชุมชน (community – base service) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งผู้สูงอายุสามารถมาคำปรึกษาจากบุคลากรผู้ให้บริการได้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545: 8 - 10) รวมถึงการบริการด้านการศึกษา โดยกรมการศึกษานอกโรงเรียนกระทรวงศึกษาธิการได้จัดทำแผนให้มีกิจกรรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน

หลายรูปแบบเพื่อส่งเสริมให้ให้ผู้สูงอายุและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับข่าวสารข้อมูลและเรียนรู้เพื่อที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข รูปแบบของกิจกรรม ได้แก่ หน่วยเคลื่อนที่ไปสู่ชุมชน การจัดบริการในรูปสื่อ สิ่งพิมพ์ รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเรียนรู้มากขึ้น (สุรกุล เจนอบรม, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ บรรณจิรกุล (2545) ศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากการฟังทางวิทยุ และระบบส่งต่อการรักษา

5. ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินแตกต่างกับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับอื่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ พยาธิสภาพโรคจะก้าวหน้าไปโดยไม่มีที่สิ้นสุดและไม่สามารถทำนายได้ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงเผชิญกับความไม่แน่นอนและความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต เนื่องจากโรคกำเริบเป็นระยะ ๆ ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องได้รับการแก้ไขในโรงพยาบาล สลับกับการควบคุมโรคเพื่อไม่ให้ลุกลามและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การรับประทานยา จึงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีความรุนแรงเกิดขึ้น เมื่อมีหลายโรคจึงต้องใช้ยาหลายชนิด Tafreshi et al (1999) พบว่า การไม่ยอมรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เป็นเหตุผลให้มีจำนวนของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Keith et al (1989) พบว่าความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ Riggs et al (2003) พบว่า การไม่ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยา เป็นปัจจัยที่ทำให้มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 – 72 ชั่วโมง และ Meldon et al (2003) พบว่า ผู้สูงอายุกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือนมีถึงร้อยละ 23 โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ มีการใช้ยาหลายชนิด ร้อยละ 41 จากการศึกษาครั้งผู้วิจัย พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 4.46) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับดี เรื่องหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการเจ็บป่วยดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.45) รองลงมาคือ หยุดรับประทานยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ($\bar{x}$ = 4.44) และผู้สูงอายุลืมรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x}$ = 4.24) ส่วนผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก เรื่องรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.74) รองลงมาคือ การเพิ่มจำนวนเม็ดยาโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และเคยลดจำนวนเม็ดยาด้วยตนเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ($\bar{x}$ = 4.56 และ 4.55 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาระดับความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กระทรวง

สาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย อยู่ในภาวะฉุกเฉินมาก (emergent) คิดเป็นร้อยละ 60.00 และผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับดี และดีมาก ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย อยู่ในภาวะไม่ฉุกเฉิน (non – urgent) คิดเป็นร้อยละ 36.84 และ 38.46 ตามลำดับ (ตารางที่ 51 ภาคผนวก ฉ)

6. จำนวนโรคเรื้อรังที่มากขึ้นจะมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินไม่แตกต่างกับจำนวนโรคเรื้อรังที่น้อยลง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Caplan et al (1998) พบว่า การมีโรคหลายโรคเป็นปัจจัยทำนายการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 90 วัน อาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ยังไม่ปรากฏอาการให้เห็นในระยะแรก ผู้ป่วยมักจะทราบว่าเป็นโรคเรื้อรังเมื่ออาการของโรครุนแรงและลุกลามไปทุกระบบของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาจะช่วยให้อาการทุเลาลงหรือช่วยให้การดำเนินต่อไปของโรคช้าลง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และ ร้อยละ 62 มีโรคเรื้อรัง 2 โรคหรือมากกว่า (Tanner, 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโรคเรื้อรังในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบทางเดินหายใจ พบว่าผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ โรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคเบาหวาน โรคถุงลมโป่งพอง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น ๆ คือ โรค เบาหวาน และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 18.8 และ 11 ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะพฤติกรรมการบริโภคและสิ่งแวดล้อม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) เมื่อเปรียบเทียบกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545) พบว่าผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20 จากการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) พบผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.3 ชี้ได้ว่าความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุอาจเกิดจากสภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป การบริโภคอาหาร วิถีชีวิตความเป็นอยู่ มีภาวะเครียดมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคเรื้อรัง หรือโรคที่มีภาระเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง หากไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมโรคไม่ให้ลุกลามและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา ในทางตรงกันข้ามจำนวนโรคเรื้อรังจะมากหรือน้อย หากสามารถควบคุมไม่ให้โรคใดโรคหนึ่งที่เป็นอยู่กำเริบขึ้นมา ผู้สูงอายุก็จะสามารถดำเนินชีวิต ประจำวันได้อย่างมีความสุข

7. ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ที่แตกต่างกันมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Aminzadeh & Dalziel (2002) พบว่าผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรค คือ ฉุกเฉิน (urgency) ต้องอยู่ที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินนาน และมีความเป็นไปได้ที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือกลับมาตรวจซ้ำอีก รวมถึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการฟื้นหาย ที่ไม่ดีหลังจากจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จากผลการวิจัยพบว่าระดับความรุนแรงที่ผู้สูงอายุกลับมาตรวจรักษาซ้ำมากที่สุด คือ ฉุกเฉิน (urgent) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใน 30 นาที และผู้ป่วยควรได้รับการประเมินซ้ำทุก ๆ 30 นาที อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ต้องสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 2) ผู้ป่วยมีอาการอยู่ในภาวะที่ไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรค คือ ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติหลายระบบในร่างกาย ในระดับที่รุนแรงมากที่สุด อาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยชีวิตทันที และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางคนมีอาการรุนแรง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ บางคน status bed ridden ไม่สามารถสื่อสารได้ ประกอบกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้เมื่อได้รับการรักษาแล้วแพทย์จะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย

8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรงมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts (1990) พบว่าผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 8 ที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินต้องกลับมาตรวจรักษาซ้ำและต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล McCusker (1997) พบว่าผู้ป่วยที่ปัญหาด้านการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างรุนแรง ร้อยละ 24 ต้องกลับมาตรวจรักษาซ้ำ และ Friedmann et al (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ ร้อยละ 47 มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 ข้อ และเป็นปัจจัยทำนายผลลัพธ์ที่ไม่ได้ แสดงว่า หากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้การฟื้นหายภายหลังจากมารับการตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินไม่ดี จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง อาจเนื่องมาจาก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และผู้สูงอายุต้องสามารถสื่อสารได้ ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่กลับมารับการตรวจรักษาซ้ำบางส่วน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่

ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มีภาวะ bed ridden และไม่สามารถสื่อสารได้ จึงไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

9. ความบกพร่องด้านเชาวน์ปัญญา มีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับเชาวน์ปัญญาระดับปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 9 ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับเชาวน์ปัญญาปกติ ร้อยละ 75.30 อาจเนื่องมาจาก ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องสามารถสื่อสารได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedmann et al (2001) พบว่า ระดับเชาวน์ปัญญา มีความสัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ และรักษาตัวในโรงพยาบาล ภายใน 90 วัน

10. ภาวะซึมเศร้าที่ระดับรุนแรงมากมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับภาวะซึมเศร้าในระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 10 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ McCusker et al (2000) พบว่า ผู้สูงอายุที่แพทย์ให้กลับบ้านจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ภายใน 1 เดือนมีอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 19.3 และร้อยละ 7.5 มีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำบ่อย เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า Friedmann et al (2001) พบว่า ร้อนละ 25 ของผู้ที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ มีภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยทำนายการกลับมาภายใน 30 วัน และ McCusker et al (1999) พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือนสูงถึงร้อยละ 19 อาจเนื่องมาจากครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยเฉพาะด้านจิตใจ เป็นบทบาทที่บุคคลในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในลักษณะของการให้ความเคารพ นับถือ ให้เกียรติ ยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุมากกว่าเครือข่ายอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและมีคุณค่า จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 94.5 อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.5 อาศัยอยู่กับบุตรสาว 51.3 และอาศัยอยู่กับหลาน ร้อยละ 48.5 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ถึงแม้ว่าในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกับบุตร แต่ยังคงได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร หลานและญาติอื่น ในระดับที่ค่อนข้างสูงเช่นกัน

11. การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับน้อยมีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ไม่แตกต่างกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับอื่น ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 11 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ McCusker et al (1999) พบว่าผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม มีอัตราการกลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือน ร้อยละ 44 และร้อยละ 19 จะมีการกลับมาตรวจรักษาซ้ำเร็วขึ้น และร้อยละ 8 กลับมาตรวจรักษาซ้ำบ่อยขึ้น

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สังคมไทยมีความเชื่อ ค่านิยม และประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาเสมือนเป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่กำหนดให้คนในสังคมต้องปฏิบัติตาม ซึ่งส่งผลต่อผู้สูงอายุในฐานะสมาชิกหนึ่งของสังคมด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผลของการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทุกศาสนาสอนให้คนเคารพและอุปการะดูแลบิดามารดาของตน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากคนในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอจะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข

จากผลการวิจัย พบว่า เหตุผลที่ผู้สูงอายุมารับบริการครั้งปัจจุบัน คือ มีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 93.53 และ ร้อยละ 6.47 ต้องรอญาติพามา ถึงแม้จะมีจำนวนน้อย แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการในกลุ่มนี้จะมีระดับความรุนแรงของโรค คือ ฉุกเฉินมากต้องได้ รับการดูแลอย่างรีบด่วนภายใน 10 นาที เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการเหนื่อยหอบหรือแน่นหน้าอก ผู้ป่วยถุงลมโป่งพองที่มีอาการหอบเหนื่อยมาก ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นกลุ่มที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรละเลยหรือมองข้าม เพราะหากผู้ป่วยมารับการรักษาไม่ทันการณ์หรือได้รับการรักษาล่าช้าไปอีก จะส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวที่ต้องมีภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรมีการแนะนำให้บุคคลในครอบครัวให้คอยสังเกตอาการผิดปกติหรือแนะนำหาเครือข่ายในชุมชนมาช่วยเหลือดูแลในขณะที่ไปทำงาน

ช่วงเวลาที่มารับบริการครั้งก่อนส่วนใหญ่จะมารับบริการในเวลาราชการ ร้อยละ 74.12 ตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 65.88 ในหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ร้อยละ 8.24 และนอกเวลาราชการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ร้อยละ 25.88 แต่การมารับบริการครั้งปัจจุบัน พบว่า มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในเวลาราชการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 54.12 อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือต้องได้รับการดูแลอย่างรีบด่วนเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถไปรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ และเมื่อได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว พบว่า ครั้งก่อนแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 17.06 แต่ในครั้งปัจจุบัน แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 56.47 จากการศึกษาของ Lueas & Sanford (1998) Riggs et al (2003) Meldon et al (2003) พบว่า ผู้ที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินบ่อยมีโอกาสของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำสูง และ Purdie et al (1981) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินบ่อย จะมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันและจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 75.88 เมื่อพิจารณาเป็นสัปดาห์ พบว่ากลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ หรือ 7 วัน สูงสุด

คิดเป็นร้อยละ 34.71 เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนวัน พบว่า กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 2 วันหรือ 48 ชั่วโมงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.82 เมื่อผู้สูงอายุได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์เรียบร้อย ครั้งก่อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ร้อยละ 82.94 แต่ครั้งปัจจุบัน พบว่า แพทย์ให้กลับบ้านน้อยลงเหลือร้อยละ 45.53 ในขณะที่ครั้งก่อนแพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 17.06 แต่ครั้งปัจจุบัน แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 56.47 สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin – Gill & Reiser (2004) พบว่าผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ เมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำอีกครั้ง แพทย์ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ Aminzadeh & Dalziel (2002) พบว่า ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะที่แผนก ICU

แสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีระยะฉุกเฉินหรือระยะวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสลับกับการควบคุมอาการของโรค ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่าวัยอื่น ในบทบาทของพยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเรื้อรังอย่างชัดเจน โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรเพิ่มเวลาในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้การพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ 2 วัน หรือ 48 ชั่วโมงมากที่สุด เมื่อพิจารณาเหตุผลของการมารับบริการครั้งปัจจุบัน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นต้องรอให้ญาติพามา พบว่ามีระดับความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำรุนแรงมากขึ้น อยู่ในภาวะฉุกเฉินมาก (emergent) พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อผู้สูงอายุกลับมาตรวจรักษาซ้ำ และอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ญาติ เป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหาสาเหตุ ร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และทีมสหสาขา เพื่อวางแผนให้การดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อทำให้จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุมากขึ้น

2. จากผลการวิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ แพทย์จะรับไว้รักษา

ตัวในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความเจ็บป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินมาก (emergent) ดังนั้น พยาบาลจึงควรค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมากขึ้น และมีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาและญาติตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วย

3. จากผลการวิจัย ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ พบว่ามีจำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำน้อยลง ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการวางแผนร่วมกับเภสัชกร โดยการให้ความรู้และให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยา ผลดี ผลเสีย ของการรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุและญาติให้เข้าใจและปฏิบัติตาม

4. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ ป่วยด้วยโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจมากที่สุด โดยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญและความรุนแรงของโรคหากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่องหรือไม่ใส่ใจในการดูแลตนเอง โดยให้คำแนะนำในด้านการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การรับประทานยามาตรวจรักษาตามนัด และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและญาติ

5. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับน้อย พยาบาลจึงควรประเมินวิธีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ว่ามีความบกพร่องในด้านใด เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข เช่น มีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้คำแนะนำให้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุแต่ละคน เป็นต้น

ด้านการบริหาร

1. จากผลการวิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลับมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงมากที่สุด เมื่อพิจารณาระดับความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีความรุนแรงองความเจ็บป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินมาก (emergent) ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีการประสานงานกับหอผู้ป่วยในการจัดทำแผนการดูแลและให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ร่วมกับมีการเก็บบันทึกข้อมูล รายละเอียดต่าง ๆ ของผู้สูงอายุไว้ทุก

ครั้งที่มาโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำส่วนใหญ่ ป่วยด้วยโรคโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด พยาบาลจึงควรมีการวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยการทำสื่อการสอน และให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ญาติ และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

3. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ในเวลาราชการ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงควรมีหน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะ เช่น คลินิกผู้สูงอายุ ที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในแต่ละโรคและนำมาเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีระดับความรุนแรงที่ต้องช่วยฟื้นคืนชีวิต

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมาตรวจรักษาซ้ำในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และมาศึกษาเชิงทำนาย เพื่อนำไปสู่การวิจัยเชิงทดลองเพื่อจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าว ที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังกลับมาตรวจรักษาซ้ำต่อไป เช่น การจัดโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากที่จำหน่ายออกจากหน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, กระทรวง. (2548). **การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม. (2546). **รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2546.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง. (2542). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จันทรา จินดา. (2546). **ผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทนา รณฤทธิวิชัย และนิตยา ภาสุนันท์. (2545). ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการพยาบาล. ใน จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**, 117-141. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลธิชา สงวนวงษ์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

ชวลี แย้มวงษ์. (1996). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. **Rama Nursing Journal** 2(3): 65-75.

ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทรงธรรม สวนียะ. (2540). สวัสดิการผู้สูงอายุ. ใน **การมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้ภาวะวิกฤต.** กรุงเทพมหานคร: (ม.ป.ท.)

นงลักษณ์ บรรณจิรกุล. (2546). **การศึกษาการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ภาสุนันท์. (2545). ปัญหาสุขภาพจิต. ใน จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**, 192-198. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุญศรี นุเกตุ และคณะ. (2545). **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** นนทบุรี: ยุทธรินทร์.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2540). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน สมจิตร หนุเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**, 133-162. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พริ้นติ้ง.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2546). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยเรื้อรัง. **การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ.** ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.

ประพิมพ์ ศุภศันสนีย์ และสุชาดา รัชชุกูล. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสังคมกับการป่วยด้วยโรคเรื้อรังและไม่ติดต่อ.** รายงานผลการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปาลีรัตน์ พรทวีกัณฑา. (2541). **แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยพร สุวรรณโชติ. (2543). **กรณีที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข . (2547). **กว่าจะเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: เอส พี เอส พริ้นติ้ง แอนด์ บิลดิ้ง.

พรทิพย์ สินประสงค์. (2532). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง: แนวคิดและทฤษฎีในการพยาบาลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง. **การอบรมทางวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว.** วันที่ 7 – 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพมหานคร.

พิมล แสงสว่าง. (2549). ภาพรวมปัญหาของผู้สูงอายุไทย. **การประชุมเวทีนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เรื่อง บทบาทท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.** วันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.

เพชรี คันสายบัว. (2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542). **ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง.** กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เพ็ญพโยม เชยสมบัติ. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความหว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มธุรส จันทร์แสงสี. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). **การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). การพยาบาลสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. **การอบรมทางวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการดูแลระยะยาว.** วันที่ 7 – 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ณ โรงแรมแมนดาริน กรุงเทพมหานคร.

รุ่งนภา บุญประดิษฐ์. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลินจง โปธิบาล. (1996). ระบบบริการสุขภาพและการเตรียมบุคคลากรทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ. **Rama Nursing Journal** 2(3): 127-133.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ. (2543). **พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ.** กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

วนิดา ออประเสริฐศักดิ์, อรุณี เกตุกราย, และวิมลรัตน์ มาลีวรรณ. (2540). การจำแนกผู้ป่วย. ใน สุดาพรรณ ธัญจิรา และวนิดา ออประเสริฐศักดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลฉุกเฉิน และอุบัติภัยหมู่,** 22-33. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.

วิชัย วาสนสิริ. (2544). การคัดแยกผู้ต้องอุบัติภัยหมู่. ในธวัชชัย กาญจนรินทร์ และคณะ (บรรณาธิการ), **การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง**, 55-72. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.

วิริยะ สัมปทานุกุล. (2541). **ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, และดิเรก ศรีสุโข. (2540). **การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พชรกานต์พับลิเคชั่น.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2548). การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังโดยครอบครัวและผู้ดูแล. **เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 2.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2546). ปราฐกถาพิเศษ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติ. **การประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ.** วันที่ 5-6 กันยายน 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.

สรินดา น้อยสุข. (2545). **การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สรินทร เชี่ยวโสธร. (2545). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (ม.ป.ป). **ฐานข้อมูลผู้สูงอายุไทย.** (ม.ป.ท): โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). **โครงการวิจัย การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย.** (ม.ป.ท): โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายหยุด สังข์ทอง. (2540). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลผู้ใหญ่สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.** ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุดาพรรณ ธัญจิรา, จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย, และอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. (1998). ประสิทธิภาพการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยพยาบาลจำแนกในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. **Rama Nurse Journal** April – June: 133-143.

สุรกุล เจนอบรม. (2541). **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวรรณี เจริญพิชิตนันท์. (2532). **การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเลิดสิน การสืบหาและกลวิธีในการแก้ปัญหา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล สันติเวส. (2545). **ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน.** ใน วิทยา ศรีดามา, อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน, 203 – 206. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). **ผู้สูงอายุในประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2548). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547.** กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2545). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 10(2): 1-17.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549). **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: (ม.ป.ท.)

อรสา พันธ์ภักดี. (2546). ประเด็นและแนวโน้มการวิจัยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเรื้อรัง. **การประชุมวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ.** วันที่ 5-6 กันยายน 2546 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง.

อวยพร ตัณมุขยกุล. (2540). ประเด็นเกี่ยวกับระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยในประเทศไทย. **สารสภาการพยาบาล** 12(ตุลาคม – ธันวาคม): 44-60.

อารีย์ ฟองเพชร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อินทิรา เตรียมอมรวุฒิ. (2534). **การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคข้อในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. ภาควิชาเภสัชกรรม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Adelman, A.M., and Daly, M.P. (2001). **20 Common problems in Geriatrics.** Singapore: McGrew-Hill.

Anderson, M.A., Helms, L.B., Hanson, K.S., and DeVilder, N.W. (1999). Unplanned hospital readmissions: a home care perspective. **Nursing Res** 48: 299-307.

Armour, D., and Cairns, C. (2002). **Medicines in the elderly.** London: Pharmaceutical Press.

Australasian College for Emergency Medicine. (2007). Guidelines for implementation of the Australasian triage scale in emergency department. [Online]. Available from: **www.ACEM%20Guidelines%20-%20Implementation%20of%20ATS.htm** [2007 March 17]

Baumann, M.R., and Strout, T.D. (2006). Triage of geriatric patients in the emergency department: Validity and survival with the emergency severity index. **Annals of Emergency Medicine** 48(2): 1-7.

Blank, F.S. et al. (2005). A descriptive study of heavy ED users at an academic ED reveals heavy ED users have better access to care than average users. **Journal of Emergency Nursing** 31(2): 139-144.

Barron, C.R., Foxall, M.J., Dollen, K.V., Jones, P.A., and Shull, K.A. (1994). Marietal status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. **Journal of Advance Nursing** 19: 272-280.

Brymer, C., et al. (2001). The effect of a geriatric education program on emergency nurses. **Journal of Advance Nursing** 27(1): 27-32.

Burke, M.M., and Laramie, J.A. (2004). **Primary care of the older adult a multidisciplinary approach.** 2nd ed. St.Louis: Mosby.

Cao, Z., Ong, K.C., Eng, P., Tan, W.C., and Ng, T.P. (2006). Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors. **Respiratory** 11: 188-195.

Caplan, GA., Brown, A., Croker, WD., and Doolan J. (1998). Risk of admission within four weeks of discharge of elderly patients from the emergency department – the DEEP study. **Age and Aging**. 27: 697-702

Carter, M.W., Datti, B., and Winter, J.M. (2006). ED visits by older adults for ambulatory care sensitive and supply sensitive condition. **American Journal of Emergency Medicine** 24: 428-434.

Chan, D.K., Chong, R., Basilikas, J., Mathie, M., and Hung, W.T. (2002). Survey of major chronic illnesses and hospital admissions via the emergency department in a randomized older population in Randwick, Australia. **Emergency Medicine** 14: 387-392.

Chan, M., Nicklason, F., and Vial, J.H. (2001). Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. **International Medicine Journal** 31: 199-205.

Chang, S.H., Chiu, Y.H., and Liou, I.P. (2003). Risks for unplanned hospital readmission in teaching hospital in Southern Taiwan. **International Journal of Nursing Practice** 9: 389-395.

Charmaz, K. (1994). Identity dilemma's of chronically ill man. **The Sociological Quarterly** 35(2): 269-288.

Chen, S.T., and Chan, A.C.M. (2006). Social support and self – related health revisited: Is there a gender difference in later life. **Social Science & Medicine** 63: 118-122.

Chiovenda, P., Vincentelli, G. M., and Alegiani, F. (2002). Cognitive impairment in elderly ED patients: Need for Multidimensional assessment for better management after discharge. **American Journal of Emergency Medicine** 20(4): 332-335.

Chu, C.M., Yung, C.Y., Leung, W.S., Chan, V.L., and Leung, E.M. (2001). Early unplanned readmission of patients with newly diagnosed tuberculosis discharged from acute hospital to ambulatory treatment. **Respirology** 6: 145-149.

Chu, L.W., and Pei, C.K. (1999). Risk factors for early emergency hospital readmission in elderly medical patients. **Gerontology** 45: 220-226.

Conforti, D.A., Basic, D., and Rowland, J.T. (2004). Emergency department admissions, older people, functional decline, and length of stay in hospital. **Australasian Journal on Ageing** 23(4): 189-194.

Considine, J., Ung, L., and Thomas,S. (2000). Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency department. **Accident & Emergency Nursing** 8: 201-209.

Crumbie, A., and Lawrence, J. (2002). **Living with a chronic condition: a practitioner's guide to providing care.** Oxford: Butterworth Heirremann.

Diamond, M., and Jones, S.L. (1983). **Chronic illness across the life span.** American: Appleton century crofts.

Dresler, G.V., and Bakker, D.A. (2004). Blood pressure monitoring older adults' perception. **Journal of Gerontological Nursing** Jan: 44-52.

Easton, K.L. (1999). **Gerontological rehabilitation nursing.** Philadelphia: W.B. Saunders.

Ebersole, P., Hess, P., and Luggen, A.S. (2004). **Toward Health Aging.** St.Louis: Mosby.

Eliopoulus, C. (1997). **Gerontological Nursing.** 4th ed. Philadelphia: Lippincott

El Solh, A.A., Brewer, T., Okada, M., Bashir, O., and Gough, M. (2004). Indicators of recurrent Hospitalization for pneumonia in the elderly. **Journal America Geriatric Society** 52: 2010-2015.

Friedmann, P.D., et al. (2001). Early revisit hospitalization or death among older persons discharge from the ED. **American Journal of Emergency Medicine** 19(2): 125-129.

Ginde, A.A., Von Harz, B.C., Turnbow, D., and Lewis, L. M. (2003). The effect of ED prescription dispensing on patient compliance. **American Journal of Emergency Medicine** 21(4): 313-315.

Gordon, J.A., An, L.C., Hayward, R.A., and Williams, B.C. (1998). Initial emergency department diagnosis and return visits: Risk versus perception. **Annals of Emergency Medicine** 32(5): 569-573.

H & HN. (2005). Patient care elderly emergency. Inbox July: 24-25. [Online]. Available from: **www.hhnmg.com** [2007 March 15]

Heggestad, T. (2002). Do hospital length of stay and staffing ratio affect elderly patients' risk of readmission? A nation-wide study of Norwegian Hospitals. **Health Services Research** 37(3): 647-665.

Hunt, K.A., Weber, E.J., Showstack, J.A., Colby, D.C., and Callaham, M.L. (2006). Characteristics of frequent users of emergency departments. **Annals of Emergency Medicine** 48(1): 1-8.

Hyman, R.B., and Corbin, J.M. (2001). **Chronic illness research and theory for nursing practice.** New York: Springer.

Iwata, M., Kuzuya, M,. Kitagawa, Y., and Lguchi, A. (2006). Emergency department use by nonagenarian patients. **Geriatrics and Gerontology International** 6: 25-31.

Jimenez, J.G., et al. (2003). Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the principality of Andorra: can triage parameters serve as emergency department quality indicators. **Canadian Journal of Emergency Medicine** 5(5): 315-322.

Keith, KD., et al. (1989). Emergency Department revisits. **Ann Emerg Med**. 18: 964-968.

King, R. (2002). Illness attribution and MI: the influence of gender and socio – economic circumstances on illness beliefs. **Journal of Advance Nursing** 37(5): 431-438.

Kne, T., Young, R., and Spillane, L. (1998). Frequent ED users: Patterns of use over time. **American Journal of Emergency Medicine** 16(7): 648-652.

Koziol-McLain, J., et al. .(2000). .Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: Through the eyes of the patient. **Journal of Emergency Nursing** 26(6): 554-563.

Lowe, R.A., and Abbuhl, S.b. (2001). Appropriate standards for "appropriateness" research. **Annals of Emergency Medicine**. 37: 629-632.

Lowenstein, S.R., et al. (1998). Behavioral risk factors in emergency department patients: A multisite survey. **Acad. Emerg. Med** 5: 781-787.

Lucas, R.H., and Sanford, S.M. (1998). An analysis of frequent users of emergency care at and urban university hospital. **Annals of Emergency Medicine** 32(5): 563-568.

Lynn, J., and Adamson, D.M. (2003). Living well the end of life adapting health care to serious chronic illness in old age. Santa Monica: RAND. [Online]. Available from: **www.rand.org/ health** [2007 March 15]

Martin-Gill, C., and Reiser, R.C. (2004). Risk factors for 72 hours admission to the ED. **American Journal of Emergency Medicine** 22(6): 448-453.

Matuszewski, K., et al. (1999). Non compliance with drug therapy for COPD: A risk factor for hospitalization. **Value in Health** 2(6): 446-451.

McCusker, J., Cardin, S., Bellavance, F., and Belzile, E. (2000). Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. **Academic Emergency Medicine.** 7:3 ; 249-259.

Meldon, S.W., et al. (2003). A brief-risk stratification tool to predice repeat ED visits and hospitalization in older patients discharge from the ED. **Academic Emergency Medicine** 10(3): 224-232.

Meldon, S.W., Ma, O.J., and Woolard, R.H. (2004). **Geriatric emergency medicine.** New York: McGraw-Hill.

Murray, M., et al. (2004). Revisions to the Canadian Emergency Department Trige and Acuity Scale Implementation Guidelines. **Canadian Journal of Emergency Medicine** 6(6): 1-16.

Necker, S., Vinker, S., Or, Y., Shadal, M., Naigo, I., and Plotkin, G. (1999). Characteristics of appliers to emergency medicine are there differences between self referrals and communal physician referral. **The Medicine**. 137: 603-606.

Northington, W.E. (2005). Use of an ED by nonurgent patients. American **Journal of Emergency Medicine** 23: 131-137.

Passler, P.D., and McCaffrey, R. (2006). The influences of post discharge management by nurse practitioners on hospital readmission for heart failure. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners** 18: 154-160.

Pearson, B., Skelly, R., Wileman, D., and Masud, T. (2002). Unplanned readmission to hospital: A comparison of the view of general practitioners and hospital staff. **Age & Aging** 31: 141-143.

Phelps, K., Taylor, C., Kimmel, S., Nagel, R., Klein, W., and Puczynski, S. (2000). Factors associated with emergency department utilization for nonurgent pediatric problems. **Archives of Family Medicine.** 9: 1086-1178.

Purdie, FRJ., Honigman, B., Rosen, P. (1981). The chronic emergency department. **Ann Emerg Med**. 10:298-301.

Rajacich, D.L., and Cameron, S. (1995). Preventing admissions of seniors into the emergency department. **Journal of Gerontological Nursing** Oct:ober: 36-40.

Rask, K.J., et al. (1998). Ambulatory health care use by patients in a public hospital emergency department. **JGIM** 13(Sep): 614-620.

Rassin, M., et al. (2006). The characteristics of self referrals to ER for non-urgent conditions and comparison of urgency evaluation between patients and nurse. **Accident and Emergency Nursing** 14: 20-26.

Riggs, J.E., et al. (2003). Association between early returns and frequent ED visit at a rural academic medical center. **Emergency Medicine** February: 30-31.

Rosswurm, M.A., and Lanham, D.M. (1998). Discharge planning for elderly patients. **Journal of Gerontological Nursing** May: 14-21.

Saynajakangas, O., Kinnunen, T., Tuuponen, T., and Keistinen, T. (2004). Length of stays and interval to readmission in emergency hospital treatment of COPD. **Age & Aging** 33: 567-570.

Schaie, K.W., Lerenthal, H., and Willis, S.L. (2002). **Effective health behavior in older adults.** New York: Springer Series.

Shactman, D., and Altman, S. H. (2002). Utilization and overcrowding of hospital emergency department. [Online]. Available from: **http://council.brandcis.edu/pubs/ ShactmanED.pdf** [2007 March 15]

Silverman, M.E., et al. (2004). Differential increase in emergency department visits within the geriatric population. **Annals of Emergency Medicine** 44(4): S71.

Stanley, M., Blair, K.A., and Beare, P.G. (2003). **Gerontological Nursing: Promotion successful aging with older adults.** 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis.

Tafreshi, M.J., et al. (1999). Medication-related visits to the emergency department: A retrospective study. **Ann Pharmacother** 33: 1252-1257.

Tanner, E.K. (2004). Chronic illness demands for self-management in older adults. **Geriatric Nursing** 25,5: 313-317.

Wallace, M. (2005). Finding more meaning: the antecedents of uncertainty revisited. **Journal of Clinical Nursing** 14: 863-868.

Walraven, C.V., Seth, R., Austin, P.C., and Laupacis, A. (2002). Effect of discharge summery availability during post discharge visits on hospital readmission. **JGIM** 17(Mar): 186-192.

Water, K., Allsopp, D., Davidson, I., and Dennis,A. (2001). Sources of support for older people after discharge from hospital: 10 years on. **Journal of Advance Nursing** 33(5): 575-582.

Welch., et al. (1999). The role of patients and providers in the timing of follow-up visits. **JGIM** 14(April): 223-229.

Williams, C., and Mezey, M. (2000). **Older adults: Recommend baccalaureate competencies and curricular guidelines for geriatric nursing care.** New York: The John A. Hardford foundation Institute for Geriatric Nursing.

Woog, D. (Editor) (1992). **The chronic illness trajectory framework: The Corbin and Strauss nursing model.** New York: Springer Publishing.

Worster, A., et al. (2004). Assessment of inter – observer reliability of two five – level triage and acuity scales: a randomized controlled trial. **Canadian Journal of Emergency Medicine** 6(4):240-245.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
ผศ.ดร.พิชญาภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ประคอง อินทรสมบัติ	อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวสุณี สุวรรณพสุ	พยาบาลผู้ชำนาญพิเศษด้านการพยาบาล ว 7 พยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0285

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

6 กุมภาพันธ์ 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญาภรณ์ มูลศิลป์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9086
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก โทร. 08-1626-2486

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0430 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

23 กุมภาพันธ์ 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน“ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจหรือโรคต่อมไร้ท่ออย่างน้อย 1 ระบบ ที่เคยมารับการตรวจรักษาหรือจำหน่ายออกจากหน่วยตรวจโรคแพทย์เวรฉุกเฉิน งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 เดือน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เป็นโรงเรียนแพทย์ จำนวน 35 คน โดยใช้แบบประเมินความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคและเกณฑ์การประเมิน แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอดีแอล แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9086
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814
ชื่อนิสิต นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก โทร. 08-1626-2486

ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว. .....ได้รับทราบจาก

ผู้วิจัยชื่อ นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....มีความยินดี เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุแล้วในข้างต้น

..... ลงนาม .....

สถานที่/วันที่ ผู้สูงอายุ

..... ลงนาม .....

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

..... ลงนาม .....

สถานที่/วันที่ (นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก)

ผู้วิจัยหลัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

1. **ชื่อโครงการวิจัย** การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน
2. **ผู้วิจัย** นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. **สถานที่ปฏิบัติงาน** หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

   โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564553-5

   โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-6262486 E-mail : wanpen80@gmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ การศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย คือ

4.2.1 เพื่อศึกษาการกลับเข้ามาการตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

4.2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ความไม่ร่วมมือในการรักษา จำนวนโรคเรื้อรัง ความรุนแรงของโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับเชาว์ปัญญา ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม กับการกลับเข้ามาการตรวจรักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

4.3 ความสำคัญและความเป็นมาของโครงการ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยอาการเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น การมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคหรือมีการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น ปวดเมื่อย หน้ามืด เหนื่อยง่าย เป็นต้น หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉินจึงเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุสามารถเข้ามารับบริการได้โดยไม่ต้องนัดหมาย เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ คอยให้การดูแลรักษา ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาทั้งจากโรคที่เป็น ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและสังคม ทำให้มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ที่ต้องเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลแบบฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการกลับมาตรวจรักษาซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน เพื่อหา

แนวทางป้องกันอาการกำเริบ ลดการกลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

5. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ จะคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้

5.1 ผู้วิจัยดำเนินการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยให้ตรงกับคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัย

5.2 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบ

6. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ หรือในกรณีที่มีปัญหาสามารถติดต่อผู้วิจัย คือนางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 081-6262486 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

7. การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์โดยตรงต่อผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน

8. ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพียงแต่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเสียสละเวลาเพียงเล็กน้อยในการตอบแบบสอบถาม

9. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมงานวิจัยและจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

10. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการเข้ามารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน

11. ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความความลับและจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ อาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

12. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

13. จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 170 ราย

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี่

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบประเมินสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา
3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ
4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา
6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ (0) ชาย (1) หญิง
2. อายุ..... ปี
3. การศึกษาสูงสุด 1. ไม่ได้เรียน
   2. ประถมศึกษา
   3. มัธยมศึกษา
   4. อุดมศึกษาขึ้นไป

.

.

.

.

.

12. จำนวนวันที่มาระหว่างครั้งสุดท้ายกับครั้งนี้ ห่างกัน.....วัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

คำชี้แจงในการกรอกแบบสัมภาษณ์

ให้ผู้สัมภาษณ์สอบถามผู้สูงอายุ โดยใส่เครื่องหมาย √ลงในช่องที่ตรงกับที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมากที่สุด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดให้เลือกได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำ
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้งหนึ่ง
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการเจ็บป่วยดีขึ้น					
2. ท่านลืมรับประทานยา					
. . . 8. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาด้วยตนเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ

การคัดกรองผู้ป่วยโดยแบ่งตามระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ชี้วัด ดังนี้

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล.....

การประเมินอาการแรกรับ

	Category				
	Resuscitation (R) (ทันที)	Emergency (E) (15 นาที)	Urgent (U) (30 นาที)	Less – urgent (L-U) (60 นาที)	Non - urgent (N-U) (120 นาที)
สัญญาณชีพ BT °C PR /min RR /min BP mmHg					
GCS					
Pain Scale					

Triage ☐ R ☐ E ☐ U ☐ L-U ☐ N-U

การแปลผล: ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งตรงตามเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงที่ระบุไว้ ให้ยึดระดับความรุนแรงสูงสุดเป็นเกณฑ์ตัดสินระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √หน้าข้อความที่ตรงกับความสามารถของท่านในปัจจุบัน ที่มากที่สุด

1. รับประทานอาการเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

.....0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

.....1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า

.....2 ตักอาหารและช่วยตนเองได้ตามปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

.....0 ต้องการความช่วยเหลือ

.....1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

.

.

.

.

10 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

.....0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

.....1 กลั้นไม่ได้ บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

.....2 กลั้นได้เป็นปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไหร่ _____ ☐

1.2 วันนี้วันอะไร _____ ☐

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร _____ ☐

1.4 ปีนี้ ปีอะไร _____ ☐

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร _____ ☐

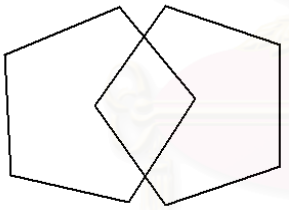
.

.

.

11. Visuaconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ☐



คะแนนรวม_____

ผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด √ ลงในช่องที่ตรงกับ " ใช่ " ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด √ ลงในช่องที่ตรงกับ " ไม่ใช่ " ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

	ใช่	**ไม่ใช่**	**คะแนน**
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	.....	.....	.....
2. คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	.....	.....	.....
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	.....	.....	.....
.			
.			
.			
.			
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน	.....	.....	.....
		รวม.....	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงในการกรอกแบบสัมภาษณ์

ให้ผู้สัมภาษณ์สอบถามผู้สูงอายุถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ระดับการสนับสนุนทางสังคม และผู้ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมนั้น โดยใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ระดับการสนับสนุนทางสังคม ให้เลือกตอบได้เพียงช่องเดียว โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ

มาก หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นปานกลาง

น้อย/ไม่มี หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนั้นน้อยหรือไม่มี

ส่วนที่ 2 แหล่งให้การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง

การสนับสนุนทางสังคม	ส่วนที่ 1 ระดับการสนับสนุนทางสังคม				ส่วนที่ 2 แหล่งให้การสนับสนุนทางสังคม					
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย /ไม่มี (1)	สำหรับผู้วิจัย	คู่สมรส	บุตร	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่	สำหรับผู้วิจัย
การสนับสนุนด้านอารมณ์ 1. มีบุคคลรอบข้างให้ความรัก ความเข้าใจในตัวท่าน										
. . . . . .										

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสนับสนุนทางสังคม	ส่วนที่ 1 ระดับการสนับสนุนทางสังคม				ส่วนที่ 2 แหล่งให้การสนับสนุนทางสังคม					
	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย /ไม่มี (1)	สำหรับผู้วิจัย	คู่สมรส	บุตร	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่	สำหรับผู้วิจัย
14. มีบุคคลรอบข้างให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน										

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่อง มือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficie

$$\infty = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2}\right]$$

เมื่อ α คือ ค่าความสอดคล้องภายใน

n คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum Si^2$ คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและระยะห่างของวันที่มาโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย

2.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} X\ 100$$

เมื่อ P คือ ค่าร้อยละ

f คือ ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n คือ จำนวนรวมทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ X คือ ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n คือ จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$S.D. = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ SD คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

n คือ จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.4 สถิติทดสอบค่าที ใช้สูตร

ความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

X_1 X_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_1^2 S_2^2 คือ ค่าความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1 n_2 คือ ขนาดตัวอย่างของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_p^2 คือ ค่าความแปรปรวนร่วม

df คือ จำนวนค่าที่มีอิสระ

2.5 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Varience = ANOVA)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

MS_B คือ ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

$$MS_B = \frac{SS_B}{k-1}$$

SS_B คือ ผลรวมกำลังสองระหว่างกลุ่ม

df คือ จำนวนค่าที่มีอิสระ = k – 1 (k คือ จำนวนกลุ่ม)

MS_W คือ ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

$$MS_W = \frac{SS_W}{N-k}$$

SSw คือ ผลรวมกำลังสองภายในกลุ่ม

df คือ จำนวนค่าที่มีอิสระ = N – K (N คือ ขนาดตัวอย่างทั้งหมด)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ

ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 40 จำนวนวันเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวันที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำน้อยที่สุดและมากที่สุด

	จำนวน (คน)	Min	Max	$\bar{x}$	SD
จำนวนวันเฉลี่ย	170	1	90	21.33	22.60

ตารางที่ 41 จำนวน ร้อยละ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน (N = 170)

วันที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	6	3.5
2	15	8.8
3	7	4.1
4	7	4.1
5	9	5.3
6	5	2.9
7	10	5.9
8	6	3.5
9	6	3.5
10	2	1.2
11	5	2.9
12	6	3.5
13	8	4.7
14	5	2.9
15	4	2.4
16	5	2.9
17	3	1.8
18	2	1.2
19	2	1.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
20	2	1.2
21	1	.6
22	3	1.8
23	1	.6
24	1	.6
25	1	.6
26	1	.6
28	2	1.2
29	3	1.8
30	1	.6
31	2	1.2
34	2	1.2
35	2	1.2
37	1	.6
38	2	1.2
42	2	1.2
44	1	.6
46	1	.6
48	2	1.2
49	2	1.2
50	1	.6
52	2	1.2
54	1	.6
55	1	.6
56	2	1.2
57	1	.6
58	1	.6
60	1	.6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
62	1	.6
64	1	.6
66	2	1.2
67	1	.6
70	1	.6
72	1	.6
80	1	.6
82	1	.6
90	5	2.9
Total	170	100.0

ตารางที่ 42 จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่กลับมาตรวจรักษาซ้ำที่หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน ภายใน 1 เดือน (N = 129)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การกลับมาตรวจซ้ำ	129	100
วันที่ 1 - 7	59	45.74
วันที่ 8 - 14	38	29.46
วันที่ 15 - 21	19	14.73
วันที่ 22 - 30	13	10.08

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 43 จำนวนวันเฉลี่ยของการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ

	จำนวน (คน)	Min	Max	Mean	SD
อายุ 60-69 ปี	54	1	90	15.83	19.111
70-79 ปี	73	1	90	24.04	24.487
80 ปีขึ้นไป	43	1	90	23.63	22.553
เพศ ชาย	79	1	90	21.65	22.560
หญิง	91	2	90	21.05	22.748
ระดับการศึกษา - ไม่ได้เรียน	38	1	90	19.71	20.908
- ประถมศึกษา	67	1	90	22.76	24.354
- มัธยมศึกษา	40	2	90	20.93	22.193
- อุดมศึกษาและสูงกว่า	25	1	90	20.60	21.894
ความเพียงพอของรายได้ - ไม่เพียงพอ	59	1	90	18.78	20.486
- เพียงพอ	71	1	90	22.90	22.480
- เหลือเก็บ	40	1	90	22.30	25.807
จำนวนโรคเรื้อรัง - 1 โรค	25	2	90	24.24	27.452
- 2 โรค	41	1	90	22.78	22.779
- 3 โรค	52	1	90	22.06	24.544
- 4 โรค	31	1	55	18.65	17.235
- 5 โรค	21	2	82	17.19	18.579
เหตุผลที่มารับบริการครั้งนี้					
- มีอาการมากขึ้นและมาโรงพยาบาลทันที	159	1	90	21.53	23.071
- มีอาการมากขึ้นแต่รอญาติพามา ร.พ.	11	2	49	18.45	14.452
ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย					
- ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitate)	14	1	46	14.93	15.188
- ฉุกเฉินมาก (emergent)	41	1	67	16.88	17.160
- ฉุกเฉิน (urgent)	52	1	90	23.08	22.556
- ฉุกเฉินปานกลาง (less-urgent)	27	2	90	26.00	28.685

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	จำนวน (คน)	Min	Max	Mean	SD
- ไม่ฉุกเฉิน (non-urgent)	36	2	90	22.86	25.043
ความร่วมมือในการกินยา - ระดับต่ำ	5	1	35	11.20	14.078
- ระดับปานกลาง	10	1	90	34.40	34.342
- ระดับดี	38	1	90	28.11	27.721
- ระดับดีมาก	117	1	80	18.44	18.916
ระดับภาวะซึมเศร้า - ปกติ	86	1	90	20.57	21.743
- ระดับเล็กน้อย	37	2	90	25.05	26.414
- ระดับปานกลาง	33	2	90	22.79	23.575
- ระดับรุนแรง	14	2	37	12.71	10.845
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน - ต้องช่วยเหลือทั้งหมด	12	2	66	17.50	18.446
- พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง	19	2	54	11.16	11.117
- พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง	18	1	50	16.11	15.208
- พึ่งพาผู้อื่นระดับน้อยมาก	121	1	90	24.08	24.637
การสนับสนุนทางสังคม - น้อย	49	1	90	19.84	22.757
- ปานกลาง	65	1	90	22.06	22.605
- มาก	56	1	90	21.79	22.792
การสนับสนุนด้านอารมณ์ - น้อย	20	1	90	24.75	23.684
- ปานกลาง	59	1	90	20.08	23.029
- มาก	91	1	90	21.38	22.247
การสนับสนุนด้านตนเอง - น้อย	42	1	90	23.90	24.317
- ปานกลาง	47	1	90	19.68	21.086
- มาก	81	1	90	20.95	22.686
การสนับสนุนด้านข้อมูล - น้อย	108	1	90	19.72	22.045
- ปานกลาง	40	2	90	24.98	25.111
- มาก	22	1	62	22.59	20.530
การสนับสนุนด้านวัสดุ - น้อย	79	1	90	20.11	22.466

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	จำนวน (คน)	Min	Max	Mean	SD
- ปานกลาง	55	1	90	22.73	24.015
- น้อย	36	2	90	21.86	21.072

ตารางที่ 44 จำนวน ร้อยละ เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน

ลักษณะการกลับมาตรวจรักษาซ้ำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน	170	100
มีอาการมากและมารับบริการทันที	159	93.53
มีอาการมากแต่ต้องรอญาติพามา	11	6.47

ตารางที่ 45 จำนวน ร้อยละเหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบันและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ (N = 170)

เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน	ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ					รวม
	resuscitation N (%)	emergency N (%)	urgent N (%)	less-urgent N (%)	non-urgent N (%)	
มีอาการมากและมาโรงพยาบาลทันที	10 (6.29)	40 (25.16)	51 (32.08)	25 (15.72)	33 (20.75)	159 (100%)
มีอาการมากแต่ต้องรอญาติพามา	4 (36.36)	1 (9.09)	1 (9.09)	2 (18.18)	3 (27.27)	11 (100%)
รวม	14 (8.23)	41 (24.18)	52 (30.59)	27 (15.88)	36 (21.18)	170 (100%)

ตารางที่ 46 จำนวน ร้อยละเหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบันและระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ จำแนกตามกระทรวงสาธารณสุข (N = 170)

เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน	ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ			รวม
	emergency	urgent	non-urgent	
	N (%)	N (%)	N (%)	
มีอาการมากและมาโรงพยาบาลทันที	50 (31.45)	51 (32.08)	58 (36.48)	159 (100%)
มีอาการมากแต่ต้องรอญาติพามา	5 (45.45)	1 (9.09)	5 (45.45)	11 (100%)
รวม	55 (32.35)	52 (30.59)	63 (37.06)	170 (100%)

ตารางที่ 47 จำนวน ร้อยละเหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบันจำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลที่มารับบริการครั้งปัจจุบัน	กลุ่มอายุ			รวม
	ผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี)	ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 – 79 ปี)	ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	
	N (%)	N (%)	N (%)	
มีอาการมากและมาโรงพยาบาลทันที	52 (32.70)	70 (44.03)	37 (23.27)	159 (100%)
มีอาการมากแต่ต้องรอญาติพามา	2 (18.18)	3 (27.27)	6 (54.54)	11 (100%)
รวม	55 (32.35)	52 (30.59)	63 (37.06)	170 (100%)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 48 จำนวน ร้อยละ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามรายข้อ (N= 170)

ความสามารถในการปฏิบัติประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	9	5.29
ปฏิบัติเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย	5	2.94
ปฏิบัติเองได้	156	91.76
2. การล้างหน้า หวีผม ในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	25	14.71
ปฏิบัติเองได้	145	85.29
3. การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	18	10.59
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	14	8.24
ปฏิบัติเองได้น้อย	23	13.53
ปฏิบัติเองได้	115	67.65
4. การใช้ห้องสุขา		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	22	12.94
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	27	15.88
ปฏิบัติเองได้	121	71.18
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือที่บ้าน		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	29	17.06
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	6	3.53
ปฏิบัติเองได้น้อย	36	21.18
ปฏิบัติเองได้	99	58.24
6. การสวมใส่เสื้อผ้า		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	8	4.71
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	36	21.18
ปฏิบัติเองได้	126	74.12

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความสามารถในการปฏิบัติประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
7. การขึ้นลงบันได 1 ขั้น		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	72	42.35
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	13	7.65
ปฏิบัติเองได้	85	50.00
8. การอาบน้ำ		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	50	29.41
ปฏิบัติเองได้	120	70.59
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
ไม่สามารถกลั้นได้	83	48.82
สามารถกลั้นได้เป็นบางครั้ง	24	14.12
สามารถกลั้นได้	63	37.06
10 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
ไม่สามารถกลั้นได้	91	53.53
สามารถกลั้นได้เป็นบางครั้ง	41	24.12
สามารถกลั้นได้	38	22.35

ตารางที่ 49 จำนวน ร้อยละระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่กลับมารับการตรวจรักษาซ้ำจำแนกตามเพศ

เพศ	ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ			รวม
	emergency	urgent	non-urgent	
	N (%)	N (%)	N (%)	
ชาย	25 (31.65)	25 (31.65)	29 (36.71)	79 (100%)
หญิง	30 (32.97)	27 (29.67)	34 (37.36)	91(100%)
รวม	55 (32.35)	52 (30.59)	63 (37.06)	170 (100%)

ตารางที่ 50 จำนวน ร้อยละการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามเพศ

เพศ	การสนับสนุนทางสังคม			รวม
	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย	
	N (%)	N (%)	N (%)	
ชาย	27 (34.17)	26 (32.91)	26 (32.91)	79 (100%)
หญิง	29 (31.89)	39 (42.86)	23 (25.27)	91(100%)
รวม	49 (28.82)	65 (38.24)	56 (32.94)	170 (100%)

ตารางที่ 51 จำนวน ร้อยละระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่กลับมารับการตรวจรักษาซ้ำจำแนกตามความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยา	ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ			รวม
	emergency	urgent	non-urgent	
	N (%)	N (%)	N (%)	
ระดับดีมาก	36 (30.76)	36 (30.76)	45 (38.46)	5 (100%)
ระดับดี	13 (34.21)	11 (28.95)	14 (36.84)	38 (100%)
ระดับปานกลาง	3 (30.00)	4 (40.00)	3 (30.00)	10 (100%)
ระดับต่ำ	3 (60.00)	1 (20.00)	1 (20.00)	(100%)
รวม	55 (32.35)	52 (30.59)	63 (37.06)	170 (100%)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 52 จำนวน ร้อยละระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่กลับมารับการตรวจรักษาซ้ำจำแนกตามสรุปผลการรักษาครั้งปัจจุบัน

เพศ	ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเมื่อกลับมาตรวจรักษาซ้ำ			รวม
	emergency	urgent	non-urgent	
	N (%)	N (%)	N (%)	
รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	36 (37.50)	28 (29.17)	32 (33.33)	96 (100%)
ให้กลับบ้าน	19 (25.68)	24 (32.43)	31 (41.89)	74 (100%)
รวม	55 (32.35)	52 (30.59)	63 (37.06)	170 (100%)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววันเพ็ญ สายัณย์ศศิกนก เกิดวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2515 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ในปีการศึกษา 2537 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หน่วยอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย