

การศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุใน
ชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ



ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์
อาจารย์จิราพร เกศนิชญาวัฒนา

นางสาววิมลประไพ สอนภควัฒน์
ผู้ช่วยวิจัย

ทุนสนับสนุน
จาก
ทุนวิจัยงบประมาณแผ่นดิน

NURSING CARE NEEDS OF THE AGED IN
ELDERLY CLUB
AND
HOME FOR THE AGED

BY

ASSOC. PROF. PRANOM OTHAGANONT
MISS JIRAPORN KESPICHAYAWATANA

YEAR 1994

กิติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พยายามผสมผสานงานวิจัยกับกิจกรรมการเรียนการสอนที่มีอยู่แล้วตามปกติในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การผสมผสานกระทำ ได้โดยให้นิสิตที่เรียนวิชา 867623 การพยาบาลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในกระบวนการวิจัย นับตั้งแต่การร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหาควรวิจัยในการพยาบาลผู้สูงอายุ การสร้างและทดสอบเครื่องมือวัดและประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ การเดินทางด้วยกันเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในจังหวัดต่าง ๆ และการวิเคราะห์ข้อมูล การได้ทำงานร่วมกันระหว่างนิสิตและผู้วิจัยนับเป็นประสบการณ์ที่ดีเยี่ยมและมีคุณค่ามาก นิสิตและผู้วิจัยได้เริ่มต้นร่วมกันแสวงหาการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแผนและนโยบายของชาติใน สถานที่ ๆ จะเจาะศึกษานี้คือที่ใด การเสาะแสวงหาได้คำตอบว่านอกเหนือจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ ๆ ผู้สูงอายุจะเข้ามาใช้บริการการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วยแล้ว ชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุน่าจะเป็นสถานที่ ๆ พยาบาลควรต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โครงการวิจัยได้รับความช่วยเหลือร่วมมืออย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย นับตั้งแต่ชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างสร้างเครื่องมือวิจัยและเป็นตัวอย่างประชากรสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช จ.นครราชสีมา โรงพยาบาลเสนา อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชุมพร จ.ชุมพร โรงพยาบาลสวนสมเด็จ จ.พระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลวัดญาณ จ.ชลบุรี และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเก็บข้อมูลในชมรมและสถานสงเคราะห์ ฯ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวมทั้งให้ข้อสังเกตและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์แก่นิสิตและผู้วิจัยในการสร้างเครื่องมือ ขอขอบคุณท่านที่เป็นกำลังสำคัญของการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ท่านเหล่านั้นคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงฤดี ลาตุษะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์ศิริรัตน์ โมอ่อน และคณะวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา นางจันทร์ฉวี ไตรย์นัทธ์ โรงพยาบาลเสนา อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา นางนงลักษณ์ อนันตवार จากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จ.พระนครศรีอยุธยา และ นางจิตติพร สนิธิรักษ์ โรงพยาบาลวัดญาณ จ.ชลบุรี และ ขอขอบคุณนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อีกหลายท่าน ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล

นิสิตเหล่านี้คือ นางสาวยี่ล้น นันทวโนทยาน นางลดาวัลย์ ศรีธัญรักษ์ นางสาวชวนนิต ธีวรักษ์
และ นางสาวอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณ อดีตคณบดี รองศาสตราจารย์สมคิด รัชกาลสัตย์ กรรมการวิจัย
และคณาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่มีส่วนสนับสนุนเป็นกำลังใจและได้
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกับผู้วิจัยและกับนิสิต จนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี
และขอขอบคุณ ร.อ. ทหญิง อังคณา สุเมธสิทธิกุล นางสาวสกาดี ดวงเด่น ที่ช่วยพิสูจน์อักษร
ขอขอบคุณทุกท่านอีกครั้ง

ประนอม โอทกานนท์
จิราพร เกศนิษฐวัฒนา
พฤษภาคม 2537

รายนามนิสิตปริญญาโท
 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา 8676๒3 การพยาบาลผู้สูงอายุ
 และมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการวิจัยครั้งนี้

1. นางสาวลำไย มุสิกษามะ
2. นางสาวตริงตา วีระผลอำนวย
3. นางสาวดารารวรรณ สร้อยอินทร์
4. ร.อ.หญิงวัชรภรณ์ เปาวโรหิตย์
5. นางสาวลินดา คล้ายปักข์
6. นางสาววราพร พลอยประเสริฐ
7. นางปรียธิดา เขิดชูเกียรติสกุล
8. นางทองสุข คำชนะ
9. นางสาวอารีย์ สุขก่องวารีย์
10. นางชวนนิศ สินธุวารการ
11. นางสาวสุวิริยา สุวรรณโคตร
12. ร.อ.หญิง ชลลดา วรณภัทท์
13. นางสาวสุวดี ชุสุวรรณ
14. นายนิพนธ์ พันทวี

บทคัดย่อ

- ชื่อโครงการวิจัย : ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
- ผู้วิจัย : รองศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์, อาจารย์จิราพร เกศพิชญวัฒนา
- ทุนสนับสนุน : งบประมาณแผ่นดิน ปี 2536

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและการจัดสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและเป็นนโยบายของชาติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แต่การบริการพยาบาลในสถานทั้ง 2 แห่งยังเป็นปัญหาอยู่มาก การศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ได้ตัวอย่างประชากรในชมรมผู้สูงอายุเป็นชาย 165 คน หญิง 149 คน และในสถานสงเคราะห์เป็นชาย 120 คน หญิง 140 คน โดยวิธีสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบบตรวจร่างกาย และแบบสัมภาษณ์ ที่มีความตรงและความเที่ยง

ผลการวิจัยในชมรมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการการพยาบาลในเรื่อง การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ในด้านการจัดการทางการพยาบาลพบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้มีการจัดการให้มีการตรวจไขมันในเลือด การบันทึกจำนวนครั้งกรมาใช้บริการ การตรวจสายตา การตรวจภาวะชืดของร่างกาย การเอ็กซเรย์ปอด และการตรวจการได้ยิน

การทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่า การรายงานการได้รับบริการพยาบาลของผู้สูงอายุใน 4 เรื่อง คือ การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคน การยอมรับนับถือผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโส การจัดการให้มีการบำบัดรักษาสิ่งผิดปกติ และการจัดการให้มีการตรวจการได้ยิน ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานที่ตั้งของชมรม (ภาค) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

พบผู้สูงอายุร้อยละ 36.92 มีปัญหาเรื่องเซ่ว่านึกหนา ร้อยละ 71.15 มีปัญหาเรื่อง ซึมเศร้า ร้อยละ 19.23 มีปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเอง และพบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอัมพาต หรือหลงลืมพื้นฐานร้อยละ 19.๕9

ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการพยาบาลในเรื่องสุขวิทยาของเล็บ ผิวหนัง และผม พบถึง ร้อยละ 42.3๓, ๓๐.๓8 และ 27.31 ตามลำดับ ความต้องการการพยาบาลที่เกิดจากความ เสื่อมและความเจ็บป่วยของร่างกาย 3 อันดับแรกได้แก่ การพยาบาลในเรื่องกระดูกและข้อ พบร้อยละ 77.69 เหนืออกและฟัน พบจำนวนเท่ากันกับการรับถ่ายปัสสาวะคือ พบร้อยละ 75.76

การทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุจำแนกตามภาคและ ตามสังกัด พบว่า ทุกกิจกรรมการพยาบาลในทุกเรื่องคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐5

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานในสถานสงเคราะห์ฯ ได้แก่ บุคลากรพยาบาลและ บุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนด้านการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอ มีความจำกัดในเรื่องอุปกรณ์ และเครื่องมือจำเป็น

การศึกษาครั้งนี้ให้ประโยชน์ให้ข้อมูล ความต้องการบริการพยาบาลในชมรมและสถาน สงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจะช่วยให้แก่การศึกษาพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องจัดให้มีบริการพยาบาล อย่างเพียงพอในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

Abstract

Title : NURSING CARE NEEDS OF THE AGED IN ELDERLY CLUB AND HOME FOR THE AGED

Authors : PRANOM OTHAGANONT RN, Ed.D, JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA RN, M. Ed

Although the elderly club and home for the aged are encountered as place to support long-term National Health Plan for the elderly, a nursing care delivery in such place is still considered to be a severe problem in Thailand.

This exploratory study was undertaken to determine nursing care needs of the aged in elderly club and home for the aged. A sample were drawn by multistage sampling techniques. A set of nursing service and nursing management questionnaire was utilized on 149 female and 165 male elderly people in elderly club, while a set of physical and mental assessment was utilized on 140 female and 120 male elderly people living in different homes for the aged.

The findings indicated that

In elderly club : In regards to elderly response, sex counseling was named as need in term of nursing practice. On the other hand, ear examination, chest x-ray, physical check up for anemia, recording of elderly club attendance, and taking blood test for cholesterol, were named as needs in terms of nursing management. Chi-Square analyses revealed that, at .05 level, there were no statistically significant difference among location of elderly club in response to the four nursing activities—respect elderly as a community member, respect elderly as a senior citizen, nursing management for treatment of illness, and nursing management for hearing examination.

In home for the aged : In regards to interviewing and mental assessment, the major nursing care needs were identified as cognitive impairment (found 36.92 %), depressive (found 71.15 %), self care deposit (found 19.23 %) and there were 19.09 % of the chronically ill elderly people.

in regards to elderly physical examination, the nursing care needs in term of personal hygiene were identified as nail (found 42.30 %), Skin (found 32.38 %) and hair (found 27.31 %). The first three nursing care needs in term of physical deterioration and illness were identified as bone and joint (77.69 %), gum and teeth (75.76 %), and urination (75.76 %).

There were no statistically significant difference at .05 of nursing care needs regarding to cognitive and mental status, ability of self care, personal hygiene, bone and joint, nervous system, cardiovascular, and gastrointestinal system, of the elderly as classified by location of home for the aged.

The problem for rendering nursing care in home for the aged were identified as there were none or a few of nurses, insufficient of health or well trained personnel, and limitation of resources.

Implications : The study suggests that there are a great amount of nursing care need in elderly club and home for the aged. The findings would help nurse educators, as well as related government officers, in developing means and ways to solve the problems of delivery nursing care in elderly club and home for the aged

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
รายนามนิสิตปริญญาโท.....	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย).....	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ).....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของโครงการ.....	3
ปัญหาของการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำจำกัดของการวิจัยครั้งนี้.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
นิยามคำศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 การสำรวจเอกสาร วารสารกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและตัวอย่างประชากร.....	68
การดำเนินการวิจัย.....	69
การสร้างเครื่องมือวิจัย.....	71
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	119
ตัวอย่างประชากร.....	119
เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือวิจัย.....	120
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	122
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	122
ผลการวิจัย.....	122
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้.....	133
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	134
บรรณานุกรม.....	135
ภาคผนวก ก จดหมายขอความร่วมมือ.....	139
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	147
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตัวอย่างการคำนวณ.....	149
ภาคผนวก ง เครื่องมือการวิจัย.....	153

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงสถานที่ตั้ง ชื่อ และจำนวนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ สังกัดภาครัฐบาล และสถานสงเคราะห์ภาคเอกชน.....	77
2	แสดงสถานที่ตั้ง ชื่อ และจำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัดหน่วยงานของรัฐและ เอกชน.....	79
3	จำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และสถานที่ตั้ง.....	83
4	จำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และสังกัด.....	85
5	ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบเลือดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการ ได้รับบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม.....	87
6	ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบเลือดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการ ได้รับบริการพยาบาลด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม.....	90
7	ความต้องการการพยาบาล และการทดสอบเลือดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงาน การได้รับบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรม สังกัด.....	92
8	ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบเลือดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ ที่รายงานการ ได้รับการบริการพยาบาลด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรมสังกัด.....	94
9	ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบเลือดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการ ได้รับบริการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลจำแนกตามสถานที่ตั้งของ ชมรม.....	96
10	ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบเลือดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการ ได้รับการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาล จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรม สังกัด.....	98

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	จำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	101
12	จำนวนสถานสงเคราะห์ที่พบว่า ได้จัดทำ/จัดการรายการต่าง ๆ (N=9).....	104
13	สัดส่วนพยาบาล ผู้ดูแล และจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดต่อผู้สูงอายุ.....	105
14	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดและจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือเป็นอัมพาต หรือหลงลืมขั้นรุนแรงในสถานสงเคราะห์ 9 แห่ง.....	106
15	จำนวนและร้อยละของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ จำแนกตามระดับเชาว์ปัญญาและสถานที่ตั้ง.....	107
16	จำนวนและร้อยละของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามระดับความซึมเศร้าและสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	108
17	ระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	109
18	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับเชาว์ปัญญา ความซึมเศร้า และความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	110
19	ความต้องการการพยาบาลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	111
20	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	112
21	จำนวนและร้อยละของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกาย และความเจ็บป่วยจำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	113
22	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์.....	115

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของโรค

จากการที่การแพทย์และการสาธารณสุข ได้พัฒนาในระดับหนึ่ง และเป็นผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่การแพทย์และการสาธารณสุขก็ให้ข้อสังเกตว่า ประชากรสูงอายุเหล่านั้นส่วนใหญ่มักมีชีวิตอยู่กับโรคภัยไข้เจ็บหรือมีชีวิตที่ทนทุกข์ทรมานกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ผลงานวิจัยของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชี้ชัดเจนว่าปัญหาสำคัญเรื่องหนึ่งของผู้สูงอายุไทยคือ โรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้นภาระหน้าที่สำคัญของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุก็คือ ทำอย่างไรบุคคลเหล่านี้จะมีชีวิตอย่างมีคุณภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ตามอัธยาศัย

การให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในปัจจุบัณทั้งภาครัฐและเอกชนซึ่งนอกเหนือจากการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลยามเจ็บป่วยแล้ว ยังมีบริการอีก 2 ประเภท คือ การจัดตั้งชมรมและการจัดสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นนโยบายหลักสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดแผน 7 กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายจัดตั้งชมรมให้ครอบคลุมและกระจายอยู่ตามพื้นที่ต่าง ๆ ทุกจังหวัด ชมรมอาจตั้งในโรงพยาบาลหรือในหมู่บ้านก็ได้ รูปแบบการจัดตั้งชมรมและกิจกรรมของชมรม ตลอดจนทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่บริการแก่ผู้สูงอายุในชมรมยังมีได้กำหนดชัดเจน และผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหรือเป็นผู้นำประสานงานก็มีได้กำหนดว่าจะต้องเป็นพยาบาลหรือเป็นบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ การให้บริการประเภทที่ 2 การจัดสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ คือ การจัดสถานที่สำหรับให้ผู้สูงอายุเข้าพักอาศัย ส่วนมากจะเป็นสถานที่ที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนไร้ญาติและขาดคนดูแล ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชนเท่าที่มีการสำรวจพบว่า มีการจัดบริการการพยาบาลน้อยมากทั้งที่พบว่าในแต่ละสถานสงเคราะห์มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย อาศัยอยู่จำนวนหนึ่ง

บริการพยาบาล คือ กิจกรรมที่ปฏิบัติโดยพยาบาล กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติมีลักษณะเป็นกระบวนการ ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การพยาบาล การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการวัดประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

กิจกรรม 5 ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมตามลำดับขั้น เป็นระบบ มุ่งให้บริการทั้งแก่ผู้มีสุขภาพดี เจ็บป่วยและทุพพลภาพ การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน จะมีลักษณะทั้งที่เป็นบทบาทเฉพาะ และบทบาทที่ปฏิบัติร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักสุขภาพจิต และบุคลากรอื่น ตามความจำเป็นของผู้รับบริการซึ่งอาจจะ เป็นโภชนากร นักเศรษฐศาสตร์ หรือนักจิตวิทยา เป็นต้น การปฏิบัติในลักษณะบทบาทร่วมมุ่งทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชา (Inter-disciplinary) มีจุดมุ่งหมายเช่นเดียวกับกับการปฏิบัติในบทบาทเฉพาะของพยาบาล คือ มุ่งที่จะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้รับบริการ

ด้วยความสำคัญที่ว่า ชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ คือ สถานบริการสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ กระจายอยู่ตามพื้นที่ทุกจังหวัดทั่วประเทศ นับวันจะ เพิ่มจำนวนขึ้นตามความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่สถานที่บริการทั้ง 2 ประเภทยังมีปรากฏว่ามีการจัดการพยาบาล เพื่อการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุชัดเจน และทั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงก็ขึ้นตรงกับองค์กรต่างสังกัดกัน กล่าวคือ ชมรมผู้สูงอายุจะจัดกระทำทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน ภาครัฐบาลจะขึ้นตรงต่อกระทรวงสาธารณสุข หรือทบวงมหาวิทยาลัยและอื่น ๆ ภาคเอกชนอาจจะ เป็นหน่วยงานของทบวงมหาวิทยาลัย มูลนิธิองค์กรเพื่อการกุศล หรือความสมัครใจของกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันก็ได้ ในปัจจุบันพบว่าทั่วประเทศมีชมรมผู้สูงอายุกระจายอยู่ทุกภาค ชมรมที่จดทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ มีจำนวนทั้งสิ้น 3,174 ชมรม (กรมการแพทย์, 2536) ส่วนสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ มีสถานสงเคราะห์ที่อยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม รวมทั้งสิ้น 12 แห่ง ทั่วประเทศ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของหน่วยงานเอกชน สมาคม มูลนิธิต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 13 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง ในภาคอื่น ๆ มีจำนวนน้อยมาก และทั้งกิจกรรมก็ไม่แพร่หลาย

ด้วยสภาพการจัดดำเนินการ เพื่อการพัฒนาคณะภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังกล่าวมาข้างต้น และการพยาบาลคือบริการจำเป็นยิ่งของสังคม การพัฒนาคณะภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ว่าสถานที่ บริการนั้น จะเป็นชุมชน คลินิก หรือในโรงพยาบาลก็ตาม พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ดังนั้นน่าจะมีประเด็นสนใจศึกษาว่า กิจกรรมการพยาบาลซึ่งจัดกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ ได้ปฏิบัติแล้วมากน้อยเพียงใดในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และ ณ ปัจจุบัน เพื่อให้การบริการผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ดำเนินการไปอย่างครอบคลุมครบวงจร

ความต้องการการพยาบาลมีหรือไม่ ถ้ามีมีเรื่องอะไรบ้าง แต่ละเรื่องเล็กน้อยเพียงใด ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ช่วยให้มีการวางแผนและประสานกิจกรรม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพครอบครัวของผู้สูงอายุที่สมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
2. เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรมและสถานสงเคราะห์
3. รวบรวมอุปสรรค ปัญหา ของชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

ปัญหาของการวิจัย

งานวิจัยนี้มีคำถามที่ต้องการคำตอบดังนี้

1. ในชมรมผู้สูงอายุ
 - 1.1 ผู้สูงอายุมีความต้องการการพยาบาลด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการจัดการทางการพยาบาลในเรื่องใดบ้าง
 - 1.2 สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม (ภาค) และจำแนกตามสังกัดของชมรมรายงานการได้รับการพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและด้านการจัดการทางการพยาบาล แตกต่างกันหรือไม่
2. ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
 - 2.1 ระดับความรู้ปัญหา ระดับความเข้มแข็งและระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
 - 2.2 ระดับความรู้ปัญหา ระดับความเข้มแข็งและระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ตั้งสถานสงเคราะห์ (ภาค) มีความแตกต่างกันหรือไม่

2.3 ความต้องการการพยาบาลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และความต้องการการพยาบาลที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

2.4 ความต้องการการพยาบาลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และความต้องการการพยาบาลที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ (ภาค) มีความแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาทฤษฎี วรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานดังนี้

1. ในชมรมผู้สูงอายุ

สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม และจำแนกตามสังกัดของชมรม รายงานการได้รับบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านการจัดการทางการพยาบาล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

2.1 คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ ความซึมเศร้า และความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 คะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาในขอบเขตต่อไปนี้

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่รับบริการในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งที่เป็นหน่วยงานภาครัฐบาลและภาคเอกชน

2. ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ การศึกษาครอบคลุมกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่มุ่งให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความจำกัดของการวิจัยครั้งนี้

1. ในชมรมผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมจำนวนชมรมและจำนวนประชากรในชมรมผู้สูงอายุ ภาครัฐบาลและภาคเอกชนทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคให้สมบูรณ์ได้ เนื่องจากการจัดตั้งและการ ยกเลิกกิจกรรมเกิดขึ้นรวดเร็วหลากหลาย

2. ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยไม่สามารถรวบรวมประวัติของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และการรายงาน เกี่ยวกับสุขภาพได้สมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่บันทึกไว้อย่างละเอียด ไม่มีหลักเกณฑ์ที่สามารถ ศึกษาได้ และผู้สูงอายุเองก็ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. คำตอบของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นคำตอบที่ผู้สูงอายุตอบตาม

ประสบการณ์ที่แท้จริงของตนเองเกี่ยวกับการรับบริการในชมรม

2. คำตอบของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นคำตอบที่ตรงตาม

สภาพแท้จริงของผู้สูงอายุแต่ละคน

นิยามคำศัพท์

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง

1.1 บุคคลผู้เข้ารับบริการในชมรมผู้สูงอายุทั้งที่เป็นชมรมภาครัฐบาลและภาค เอกชน บุคคลเหล่านี้ไม่ถูกจำกัดว่าจะต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป

1.2 บุคคลผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นหน่วยงานภาครัฐบาลและภาคเอกชน

2. **ความต้องการการพยาบาล** หมายถึง การช่วยเหลือ ดูแลด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุสมควรได้รับจากพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ตนเองสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอนามัย หรือสามารถดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพเหมาะสมแก่สถานการณ์ของตนเอง และการช่วยเหลือ ดูแล เหล่านี้ยังไม่มีบริการจัดบริการขึ้นในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

2.1 ในชมรมผู้สูงอายุ วัดความต้องการการพยาบาล โดยให้ผู้สูงอายुरายงาน บริการพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับและ ไม่ได้รับ บริการพยาบาลที่ผู้สูงอายुरายงานครอบคลุมบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล นวัตกรรมสุขภาพ และการจัดการทางการพยาบาล

3. **การพยาบาล** หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและคุณภาพครอบครัวที่ดี กิจกรรมการช่วยเหลือประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมการช่วยเหลือเหล่านี้จะมีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ต่อเนื่องและครบถ้วน กระบวนการที่มีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ต่อเนื่อง และครบถ้วน เรียกว่า กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

3.1 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

หมายถึง การวัดหรือการรวบรวมข้อมูลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพิจารณาตีความถึงความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.2 การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล

หมายถึง ข้อความที่พยาบาลวิชาชีพระบุว่า เป็นปัญหา เป็นความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พยาบาลจะต้องรับผิดชอบช่วยเหลือ ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการเหล่านั้น

ปัญหาการพยาบาล จำแนกเป็น 3 ลักษณะ (อ้างถึงในประนอม โอทกานนท์, 2537)

3.2.1 ปัญหาการพยาบาลที่ผู้รับบริการเป็นอยู่ หมายถึง ปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการ ในปัจจุบัน ซึ่งพยาบาลสามารถสังเกตได้จากอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการ

3.2.2 ปัญหาการพยาบาลที่สามารถเกิดขึ้นได้ หมายถึง ปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในอนาคตอันใกล้ หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างใดอย่างหนึ่งจากพยาบาล

3.2.3 ปัญหาการพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นได้ หมายถึง ปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการที่สงสัยอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต ซึ่งพยาบาลต้องการศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาวินิจฉัยต่อไป

3.3 การวางแผนการพยาบาล

หมายถึง แผนงานการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพกำหนดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามสภาพปัญหาและความต้องการของตนเอง แผนงานที่กำหนดจะประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลและกิจกรรมที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานประโยชน์กับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น

3.4 การปฏิบัติการพยาบาล

หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความสุขสบาย ช่วยเหลือบรรเทาอุปสรรคปัญหาที่ประสบอยู่

3.5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

หมายถึง ขั้นตอนที่มีการเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ กับความคาดหวังที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล

4. พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลผู้ได้รับอนุญาตให้กระทำการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 บุคคลเหล่านี้คือผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า จากสถาบันการศึกษาพยาบาลที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

งานวิจัยนี้คาดว่าจะได้ประโยชน์

1. ได้ข้อมูลการพยาบาลที่เป็นความต้องการจำเป็น (Needs) ของผู้สูงอายุในชุมชนและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่จะเป็นประโยชน์ต่อการจัดหลักสูตรการศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาล เพื่อสุขภาพของคนไทยวัยสูงอายุ
2. ได้ทราบอุปสรรค ปัญหาของกำรบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

บทที่ 2

การสำรวจเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง "ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ" ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.1 ศาสตร์ด้านชีวภาพ
 - 1.2 ศาสตร์ด้านจิตวิทยา
 - 1.3 ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา
2. การพยาบาลผู้สูงอายุ
 - 2.1 การพยาบาล
 - 2.1.1 นิยามคำว่า การพยาบาล
 - 2.1.2 ทฤษฎีการพยาบาล
 - 2.2 ผู้สูงอายุ
 - 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และเชาวน์ปัญญา
 - 2.2.2 ปัญหาทางสุขภาพและโรคของผู้สูงอายุ
 - 2.2.3 หลักการการรักษายาบาลผู้สูงอายุ
 - 2.3 การบริการในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
 - 2.3.1 ชมรมผู้สูงอายุ
 - 2.3.2 สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
 - 2.4 การวัดและประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ
 - 2.4.1 การรายงานความต้องการด้วยตนเอง
 - 2.4.2 การประเมินภาวะสุขภาพ
 - วิธีที่ 1 ประเมินระดับเชาวน์ปัญญา
 - วิธีที่ 2 ประเมินภาวะซึมเศร้า

วิธีที่ 3 ประเมินความสามารถช่วยเหลือตนเอง

วิธีที่ 4 การตรวจร่างกายทุกระบบ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1- ทฤษฎีการสูงอายุ

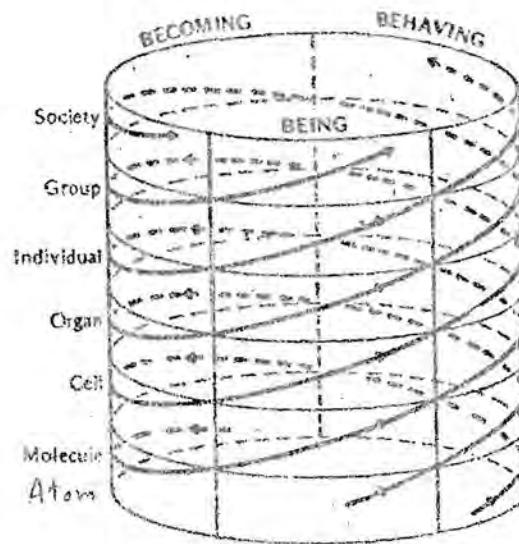
เมื่อมีการตระหนักถึงจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ก็ได้มีผู้สนใจที่จะหาคำตอบว่า ชีวิตคืออะไร สิ่งมีชีวิตเกิดจากอะไร ทำไมคนจึงแก่ และกระบวนการแก่เกิดขึ้นได้อย่างไร

คำอธิบายสำหรับคำว่า ชีวิตคืออะไร และสิ่งมีชีวิตเกิดขึ้นได้อย่างไรที่เป็นที่ยอมรับก็คือ ชีวิตคือส่วนประกอบของสิ่งต่าง ๆ สิ่งมีชีวิตเกิดจากการที่สิ่งไม่มีชีวิตทั้งหลายมารวมตัวกันอยู่อย่างสมดุลย์ ยกตัวอย่าง ร่างกายมนุษย์เกิดจากการรวมตัวกันอย่างเหมาะสมของสารต่าง ๆ ซึ่งล้วนเป็นสิ่งมีชีวิต

คำอธิบายสำหรับคำถามว่า ทำไมคนจึงแก่ และกระบวนการแก่เป็นอย่างไร ที่เป็นที่สนใจของผู้เชี่ยวชาญในปัจจุบันก็คือกระบวนการแก่มีเหตุเกิดจาก 2 ประการ คือ 1) พันธุกรรม (Genetic Etiology) และ 2) สิ่งแวดล้อม (Environment Etiology)

นักทฤษฎีในศาสตร์ชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้ให้ความสนใจมูลเหตุ 2 ประการข้างต้นที่จะนำมาใช้อธิบายกระบวนการแก่ และได้พยายามที่จะตอบคำถามที่ว่า ทำไมคนจึงแก่ และกระบวนการแก่เกิดขึ้นได้อย่างไร การอธิบายจะอธิบายจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของสิ่งมีชีวิต อย่างไรก็ตาม นักทฤษฎีทั้ง 3 สาขาต่างก็ยอมรับว่า ความรู้จากศาสตร์สาขาใดสาขาหนึ่งยังไม่สามารถอธิบายกระบวนการแก่ได้อย่างสมบูรณ์ นักทฤษฎีการสูงอายุนั้นยังต้องศึกษาค้นคว้าหาคำตอบกันต่อไป พร้อมทั้งมีการเรียกร้องให้ผู้ที่ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันค้นคว้าวิจัย เพื่อหาคำตอบที่ชัดเจนและสมบูรณ์ต่อไป

นักทฤษฎีการสูงอายุได้พิจารณากระบวนการแก่ของบุคคลว่า เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งแนวตั้งและแนวนอน ในแนวตั้งให้พิจารณาว่าร่างกายของบุคคลมีหลายระดับนับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ อวัยวะ บุคคล กลุ่มคน และสังคม ส่วนแนวนอนให้พิจารณาว่าบุคคลมีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นอยู่ (Being) พฤติกรรม (Behaving) และการกลายมาเป็น (Becoming) ดังแสดงในรูป 1



รูปที่ 1 แสดงการเชื่อมโยงสัมพันธ์กันของร่างกายมนุษย์ทั้งแนวตั้งและแนวนอน (จาก Birren, J.E.(ed). Handbook of Aging and the Individual Illinois : The Univ. of Chicago Press, 1953)

ต่อไปนี้จะคำอธิบายกระบวนการแก่จากศาสตร์ด้านชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ที่พิจารณาบุคคลทั้งแนวตั้งและแนวนอน

1.1 ศาสตร์ด้านชีวภาพ (Biological View)

คำอธิบายด้านชีวภาพอธิบายเป็น 3 ระดับ คือ ทฤษฎีพันธุกรรม ทฤษฎีอวัยวะและทฤษฎีลัทธิวิทยา อย่างไรก็ตามการอธิบายกระบวนการแก่ทั้ง 3 ระดับ มีความคล้ายกันและมีความสัมพันธ์กัน ต่างกันเพียงแต่ได้มีการอธิบายการเปลี่ยนแปลงว่าร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไประดับใด

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory)

กลุ่มของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า สิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาตลอดเวลา 2) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock) อายุขัยของคนกำหนดไว้แล้ว และเรียกว่าเป็นนาฬิกาชีวิต นาฬิกาชีวิตจะอยู่ในนิวเคลียสและโปรตีนโพลีพลอยมของเซลล์ของร่างกาย 3) ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) ความแก่เริ่มต้นจากการผ่าเหล่าของสารพันธุกรรม (DNA) การผ่าเหล่าทำให้เซลล์อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ผันแปรไป การผันแปรทำให้เกิดมีโรคภัยไข้เจ็บ เซลล์มีการเสื่อมหรือเซลล์เกิดเป็นมะเร็ง เป็นต้น ทฤษฎีนี้อธิบายเป็น ไดอะแกรมง่าย ๆ รูปที่ 2 4) ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error Theory) บางทีเรียกว่า Molecular

Aging Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า เมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น ร่างกายมีการสร้างโปรตีนที่ผิดพลาดได้ โปรตีนใหม่กลายเป็นสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านสิ่งแปลกปลอม มีผลทำให้เซลล์ถูกทำลาย เลื่อมสลาย กำพั้น้ำที่ไม่ได้ และเซลล์ตาย



รูปที่ 2 การอธิบายกระบวนการแก่ด้วยทฤษฎีการกลายพันธุ์
(Somatic Mutation Theory)

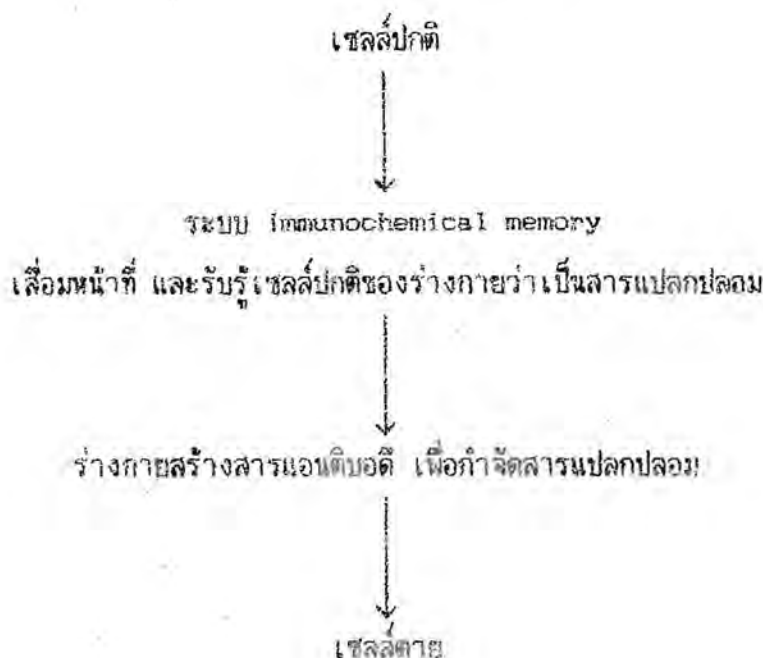
โดยสรุปกลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายว่า สิ่งมีชีวิตแก่ขึ้นเพราะมีการถ่ายทอดข้อมูลที่เกิดปกติจากนิวเคลียสของเซลล์ ในนิวเคลียสของเซลล์มีสารพันธุกรรม DNA (Desoxyribonucleic Acid) มีโครงสร้างเป็นกรดนิวคลีอิก 2 เส้น พันกันเป็นเกลียวคู่ คอยเก็บรักษาระหัสหรือข้อความของเซลล์ การถ่ายทอดข้อมูลที่เกิดปกติเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการถ่ายทอดรหัสปกติของ DNA การเปลี่ยนแปลงการถ่ายทอดรหัสปกติอธิบายได้ว่า เมื่อมีการผลิตมาก เซลล์แก่ขึ้น โอกาสการถ่ายทอดผิดพลาดย่อมมีมาก

1-1-2 ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory)

กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการแก่ไวว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานที่ข้อมมีการเสื่อมถอย และได้เสนอเป็นทฤษฎีดังนี้ 1) ทฤษฎีการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear) การแก่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเอง เมื่อเซลล์มีการใช้งาน เซลล์จะผลิตสารเหลือทิ้ง เช่น Lipofuscin สะสมไว้ สาร Lipofuscin เป็นโปรตีนเหลือใช้จากการเผาผลาญอาหาร มีลักษณะไม่ละลาย หน้าที่ไม่ทราบชัดเจน พบว่ามีการสะสมไว้ในอวัยวะต่าง ๆ เมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น พบมีการสะสมที่หัวใจ รั้งไข และ Neurone เมื่อมีการสะสมถึงระดับหนึ่ง เซลล์จะทำงานไม่ได้ การทำงานจะลดลง ทฤษฎีนี้ช่วยอธิบายว่า เมื่อมีการใช้งาน เซลล์ก็จะมีอาการเสื่อมถอย เป็นเหตุให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง 2) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อทำงานลดลง ตัวอย่างการทำงานของระบบประสาท ได้แก่ ปฏิกริยาสะท้อนกลับ (Reflex) ที่ลดลงหรือความจำของคนที่เสื่อม ส่วนตัวอย่างการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อได้แก่ ปริมาณอินซูลินที่ลดลง ทำให้ตรวจพบเบาหวานในผู้สูงอายุ 3) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้อธิบาย ไชโรครดก ต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลือง ตับม้าม อวัยวะเหล่านี้ล้วนเป็นอวัยวะที่เป็นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง สร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น แสดงเป็นรูปร่าง ได้ดังนี้



กระบวนการนี้ อธิบายได้ด้วยเหตุผลอีกประการหนึ่งซึ่งเกี่ยวกับระบบ immunochemical memory ของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อเซลล์ในร่างกายดังนี้

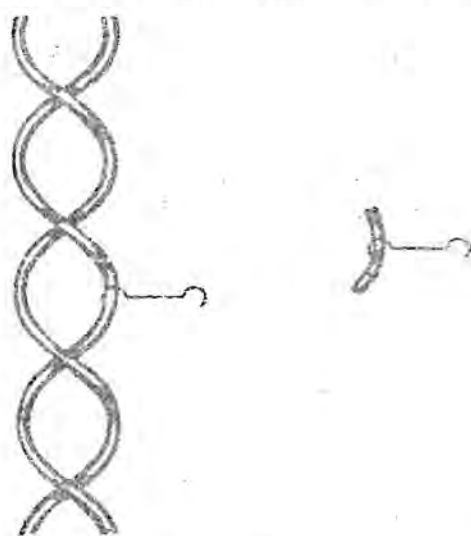


โดยสรุป กลุ่มทฤษฎีนี้ช่วยอธิบายการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น การศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงในอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอวัยวะสมอง คือ สัญญาณเตือนความมีอายุ

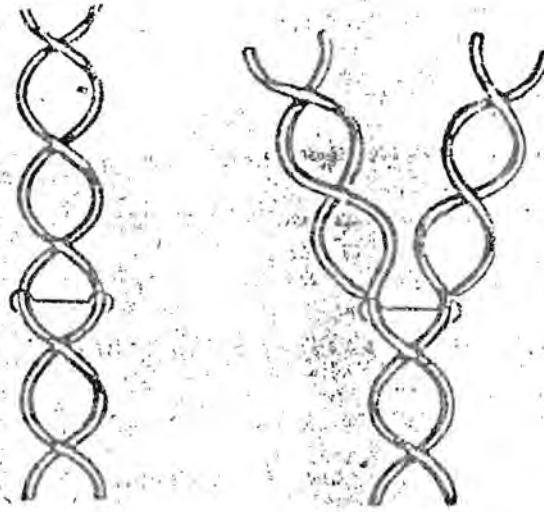
1.1.3 ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory)

กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการแก่ในลักษณะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย กลุ่มทฤษฎีเหล่านี้ได้แก่ 1) ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) สิ่งมีชีวิตที่อยู่ในภาวะเครียดมาก จะแก่เร็ว และอาจจะตายในที่สุด เมื่อคนเราอยู่ในภาวะเครียดร่างกายจะปรับตัวโดยความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของต่อมไฮโปทาลามัสและพิทูอิตารี ทำให้มีการหลั่ง Adreno corticotropic Hormone ไปกระตุ้นต่อมหมวกไต (Adrenal Cortex และ Adrenal Medulla) ทำให้มีการหลั่ง Cortisol Aldosterone และ Epinephrine สารเหล่านี้จะเพิ่มน้ำตาลในเลือด ช่วยให้การไหลเวียนโลหิตรวดเร็วขึ้น การปรับตัวของร่างกายดังนี้ ช่วยให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในภาวะ

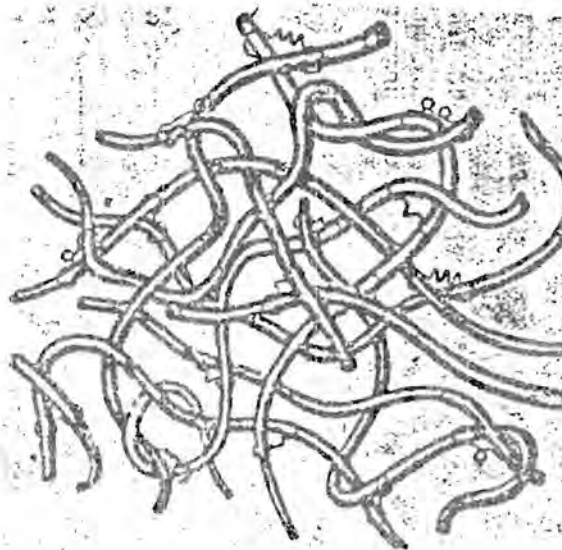
เครียด แต่หากร่างกายต้องเผชิญกับภาวะเครียดมาก ๆ และบ่อยครั้ง ร่างกายจะเสื่อมและอาจตายได้ 2) ทฤษฎีการสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation) เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น ร่างกายใช้งานมาก ใช้งานมานาน ร่างกายสะสมของเสียไว้มาก เซลล์เสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง 3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ในร่างกายมีอนุมูลอิสระ ซึ่งมีปฏิกิริยาไว้มาก เมื่อทำปฏิกิริยาก็คจะทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะ เป็นสาเหตุของความแก่ อนุมูลอิสระคือส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ซึ่งเกิดจากผลพลอยได้ในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์และผลจากการใช้ออกซิเจน เมื่อมีอนุมูลอิสระสะสมมาก ๆ จะเป็นอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ โดยโมเลกุลของอนุมูลอิสระเมื่อแตกออกเป็นอิสระจะจับโมเลกุลอื่นที่อยู่ข้างเคียง ทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงไป อนุมูลอิสระเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น จากอาหาร รังสี มลภาวะของอากาศ การสูบบุหรี่ กล่าวกันว่า วิตามินดี และซี จะเป็นตัวหยุดหรือยับยั้งการสร้างอนุมูลอิสระได้ 4) ทฤษฎีการเชื่อมโยง (Cross Linkage Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการแก่ด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงในระดับ DNA และส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย Crosslinking เป็นปฏิกิริยาเคมีที่เกิดขึ้นและทำให้ DNA มีการเสื่อม เป็นผลทำให้เซลล์ตาย ปฏิกิริยาเคมีดังกล่าวเกิดได้ดังแสดงในรูป 3, 4 และ 5 (จาก Bjorksten, J Cross Linkage and the Aging Process in Rockstein, M. et al (eds) Theoretical Aspect of Aging, New York : Academic Press, 1974)



รูปที่ 3 เมื่อมีสาร Cross linking เกาะติดกับโมเลกุลของ DNA ซึ่งใดข้างหนึ่ง ในภาวะปกติ คือ เซลล์ยังไม่แก่ สาร Cross Linking จะถูกตัดโดยกลไกปกติของร่างกาย และรอยตัดจะได้รับการบูรณะในเวลาต่อมา กระบวนการแก่เซลล์ก็เป็นไปตามปกติ



รูปที่ 4. ในภาวะที่เซลล์แก่ลง สาร Cross linking จะเกาะติดกับโมเลกุลของ DNA อีกข้างหนึ่งก่อนที่จะถูกตัด โดยกลไกปกติของร่างกาย สาร Cross linking เกาะติดโมเลกุลของ DNA 2 ข้าง มันจะขัดขวางต่อกระบวนการแบ่งตัวของเซลล์



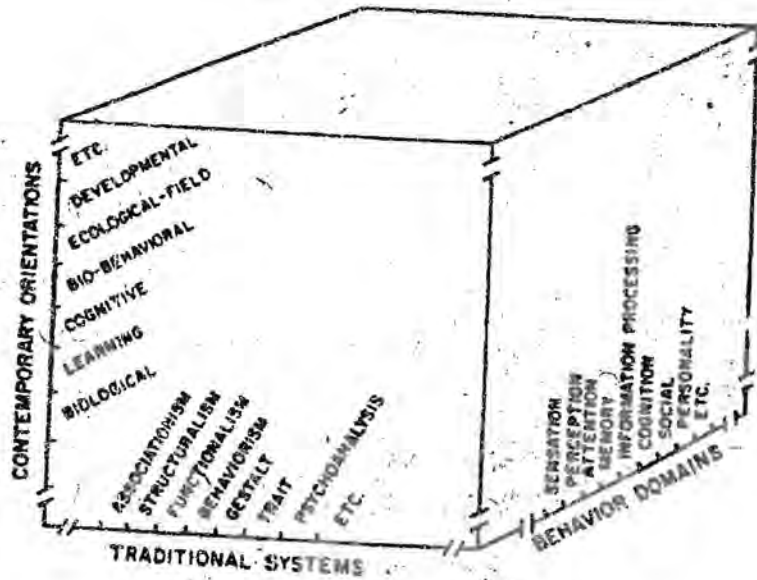
รูปที่ 5. เมื่อเวลาผ่านไป คนแก่ขึ้น และเซลล์แก่มากขึ้น จะมีการเกาะติดของสาร Cross linking และโมเลกุลของ DNA อย่างหนาแน่นในช่องว่างระหว่างเซลล์ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลง ซึ่งไม่ใช่การถ่ายทอดยีนซึ่งก็มีการห้ามการสร้าง DNA และการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลทำให้เซลล์ตายได้

กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ ข้อคิดจากการอธิบายของทฤษฎีกลุ่มนี้ก็คือ การลดกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายโดยการจำกัดอาหาร การลดอุณหภูมิของร่างกาย เหล่านี้ช่วยทำให้อายุยืน ดังคำกล่าวที่ว่า สิ่งที่เรารับประทานมีความหมายยิ่งใหญ่ต่อการมีอายุของเรา

1.2 ศาสตร์ด้านจิตวิทยา

คำอธิบายด้านจิตวิทยาได้ช่วยอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป ศาสตร์ด้านจิตวิทยาให้ความสนใจต่อการพัฒนาการของบุคคลิกภาพ โดยได้พยายามอธิบายว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลมาจากปัจจัยหลายอย่าง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไม่สามารถอธิบายด้วยปัจจัยเพียงอย่างเดียวได้อย่างไร ในแต่ละวัยจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในแต่ละวัย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของบุคคล การศึกษาปัจจัยภายในของบุคคลจะต้องเข้าใจในเรื่องความทรงจำ การรับรู้ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งปรากฏการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ในผู้สูงอายุจะผันแปรไปตามการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ ของร่างกาย นับตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ และอวัยวะ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอกของบุคคลนั้น การอธิบายด้านจิตวิทยาอธิบายว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีรภาพของร่างกายกับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม (Social) ซึ่งสรีรภาพร่างกายก็คือพันธุกรรม และส่วนของสังคมนั้นคือ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และโครงสร้างสังคม

นักจิตวิทยายอมรับว่า การอธิบายกระบวนการแก่ด้านจิตวิทยา สามารถอธิบายได้ด้วยข้อมูลและแนวคิดสำคัญมากมายหลายประการ แต่ความสอดคล้องสัมพันธ์ของข้อมูลและแนวคิดที่จะอธิบายเป็นหนึ่งเดียวยังไม่ชัดเจน ดังคำกล่าวที่ว่า Data rich, Theory Poor, Lack of agreement และแสดงให้เห็นในรูปที่ 6 (จาก Baites, P.B., Willis, S.L. Toward Psychological Theories of Aging and Development. In Birren, J.F., Schaie, K.W., (eds). Handbook of the Psychology of Aging, New York, Van Nostrand Reinhold, 1977)



รูปที่ 6 ข้อมูลและแนวคิดสำคัญที่ใช้อธิบายกระบวนการแก่

รูปที่ 6 แสดงข้อมูลและแนวคิดสำคัญต่าง ๆ ที่พยายามนำมาอธิบายกระบวนการแก่ ข้อมูลและแนวคิดเหล่านี้เป็นทั้งแนวคิดที่มีมาดั้งเดิม แนวคิดร่วมสมัย และแนวคิดด้านพฤติกรรม อย่างไรก็ตามยังมีช่องว่างระหว่างข้อมูลและแนวคิดเหล่านี้ที่จะนำไปอธิบายกระบวนการแก่

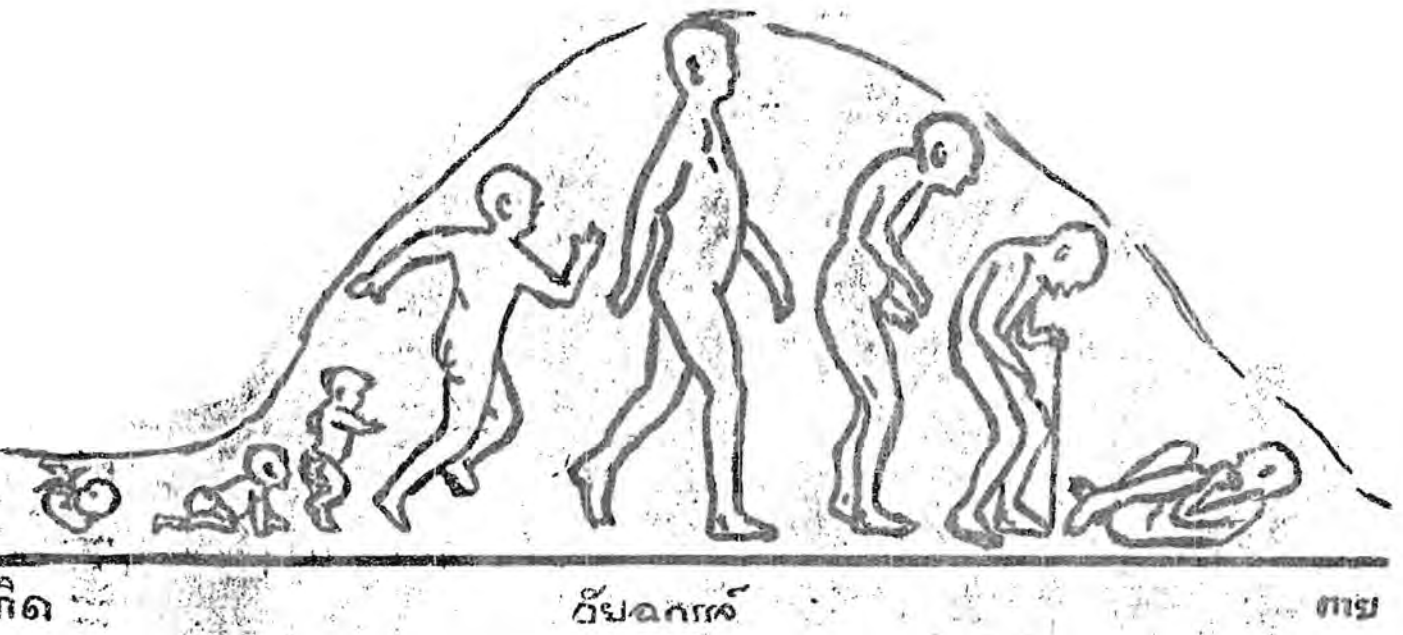
ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การอธิบายกระบวนการแก่ หรือการอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมักจะคาบเกี่ยวกับศาสตร์ด้านสังคมวิทยา ดังนั้น จึงมีการใช้คำว่า Psychosocial View of Aging ซึ่งจะได้กล่าวรวมไว้ในตอนต่อไป คือศาสตร์ด้านสังคมวิทยา

1.3 ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา

ศาสตร์ด้านสังคมวิทยาบอกว่า มนุษย์ไม่ได้เป็นผู้คอยแต่รับสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่มนุษย์สามารถเป็นผู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม มีทฤษฎีทางสังคมศาสตร์อยู่ 3 กลุ่ม ที่เป็นพื้นฐานอธิบายพฤติกรรมของผู้สูงอายุ กลุ่ม 1 การทอดทิ้ง (Abandonment) กลุ่มนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุจะทอดทิ้งละจากสังคม กลุ่ม 2 การเป็นอิสระ (Liberation) ผู้สูงอายุต้องการจะมีชีวิตอิสระมากขึ้น กลุ่ม 3 ความร่วมกัน (Solidarity) ผู้สูงอายุมีความเหมือนหรือมีความคล้ายคลึงร่วมกันอยู่

ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา ร่วมกับศาสตร์ด้านจิตวิทยา อธิบายกระบวนการแก่ และ พฤติกรรมผู้สูงอายุออกเป็นทฤษฎีดังนี้ 1) ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า โดยปกติบุคคลจะผสมผสานอยู่กับสังคม ทั้งนี้เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลทั้ง รางกาย จิตใจ และอารมณ์ แต่บทบาทของคนจะแคบลง จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และปฏิสัมพันธ์ กับสังคมก็จะลดลง บุคคลโดยทั่วไปรับรู้ล่วงหน้าว่าจะต้องแก่ บุคคลจะปรับตัว ต่อข ๗ ถอยห่าง จากสังคม มีการสนใจตนเองมากขึ้น การถอยห่างจากสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุประหยัดพลังงานของ ตนเอง และทั้งยังเป็นเปิดโอกาสให้ผู้อาวุโสน้อยกว่า ได้แสดงบทบาทในสังคมมากขึ้น 2) ทฤษฎี กิจกรรม (Activity Theory) คำว่ากิจกรรมในทฤษฎีที่ใช้อธิบายนี้หมายความถึง กิจกรรมต่าง ๆ นอกเหนือจากกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อตนเอง หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อครอบครัว และต่อสังคม กิจกรรมเหล่านี้เมื่อมีการปฏิบัติจะทำให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกตนเองมีคุณค่า ตนเองยังเป็น ประโยชน์และยังมีบทบาทต่อสังคมอยู่ ทั้ง ๆ ที่ภาวะร่างกายทำให้มีการถอยห่างออกจากสังคม ทฤษฎีอธิบายไว้ว่าการมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจ ในชีวิต ดังนั้นการมีกิจกรรมที่พอเหมาะกับวัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ อย่างไรก็ตามทฤษฎี ได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับปัจจัย 3 ประการที่อาจเป็นปัญหาในการจัดหากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ปัจจัย 3 ประการดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยประการแรก สถานสังคมที่ทันสมัย (Modernization Perspective) ปัจจัยนี้สนใจสถานสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทันสมัยขึ้น บทบาทของคนในสังคมก็ต้อง เปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้สูงอายุอาจก้าวตามไม่ทัน ปัจจัยประการที่ 2 การเชื่อมโยงบุคคลแต่ละวัย แต่ละยุค (Intergeneration linkage) ปัจจัยนี้สนใจการเปลี่ยนแปลงของคนเมื่ออายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากประสบการณ์ชีวิต และความแตกต่างของคนวัยเดียวกันแต่ต่างยุคสมัยกัน ปัจจัยประการที่ 3 บทบาทหน้าที่ตามโครงสร้างของแต่ละวัยของคน (Structural functional Theory) ปัจจัยนี้กล่าวถึงเมื่อมีอายุมากขึ้นบทบาทในสังคมลดลง ปัจจัยทั้ง 3 ประการมีผลต่อ การจัดหากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งควรได้รับการพิจารณา 3) ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้สูงอายุยังต้องการแสดงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทฤษฎีนี้ได้ เสนอแนะว่า แรงจูงใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น สิ่งเหล่านี้เป็น ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตมันปลายของผู้สูงอายุ

กระบวนการแก่ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เป็นความจริงที่หลีกเลี่ยง
ไม่ได้ ผู้รู้ได้แสดงรูปภาพสะท้อนให้เห็นถึงความจริงที่กล่าวข้างต้นในรูปภาพที่ 7



รูปที่ 7 แสดงธรรมชาติและสังขารของมนุษย์

2. การพยาบาลผู้สูงอายุ

2.1 การพยาบาล

2.1.1 นิยามคำว่า การพยาบาล

พระราชบัญญัติสภาการพยาบาลประเทศไทยได้ให้นิยามคำว่า "การพยาบาล" ไว้ดังนี้

การพยาบาล คือการกระทำในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค ยับยั้งการลุกลามของโรค การประทุษร้ายภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์และกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

นักการศึกษาพยาบาลของต่างประเทศได้ให้นิยามคำว่า "การพยาบาล" ในทรรศนะต่าง ๆ กัน ซึ่งพอจะรวบรวมได้ และบางตอนได้อ้างอิงจาก ยูลา และวอลซ์ (1973, 215 หน้า) ดังนี้

ปี ค.ศ. 1949 Sister Olivia Gowan ซึ่งได้ชื่อว่าเป็นนักการศึกษาพยาบาลผู้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ให้นิยามการพยาบาลในลักษณะกว้าง ๆ ว่า การพยาบาลเป็นทั้งศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านจิตใจและร่างกาย เน้นการให้สุขภาพและการรักษาสุขภาพ เป็นการดูแลผู้เจ็บป่วย การดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ให้บริการสุขภาพแก่ครอบครัว ชุมชน และบุคคล

ปี ค.ศ. 1957 Frances Reiter Kreuter ได้ให้ทรรศนะเกี่ยวกับการพยาบาล โดยเขียนไว้ในวารสาร Nursing Outlook เธอกล่าวว่า พยาบาลเปรียบเสมือนเป็นตัวแทนของมารดา ตามทรรศนะนี้มีหลายคนไม่เห็นด้วย แต่เมื่อได้วิเคราะห์ทฤษฎีพัฒนาการของมนุษย์ที่ Erikson ได้กล่าวไว้ในเรื่องพัฒนาของเด็กและบทบาทของบิดามารดาในแต่ละวัยแล้วจะเห็นว่าคำว่า "ตัวแทนของมารดา" ดูเป็นคำที่ได้รับการยอมรับ ตัวอย่างเช่น "ความไว้วางใจ" (Trust) เป็นความสัมพันธ์ข้อแรกที่มาตราควรสร้างให้แก่เด็ก และเช่นเดียวกัน "ความไว้วางใจ" ก็เป็นความสัมพันธ์ข้อแรกที่มาตราจะต้องสร้างให้แก่ผู้ป่วย ในขั้นต่อมาของพัฒนาการที่มารดาจะต้องสร้างคือ "ความคิดริเริ่ม" (Initiative) ให้แก่เด็ก พยาบาลก็เช่นเดียวกันจะต้องทำการสอนแนะนำผู้ป่วยให้ริเริ่มและช่วยเหลือตนเอง นอกจากนั้น Kreuter ยังได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่เรียกว่า Direct Nursing Care คือเป็นการบริการที่ให้โดยตรงต่อผู้ป่วย และ Indirect

Nursing Care คือ การบริการที่ไม่ได้โดยตรงต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม Kreuter นับเป็นผู้หนึ่งที่
ได้เสนอแนวคิดสำคัญ ๓ ทางการพยาบาลไว้มากมาย

Dorothy Johnson ได้นิยามไว้ว่า การพยาบาลคือ การบริการบุคคลที่อยู่ใน
ในภาวะไม่สมดุลย์เมื่อพิจารณาจากความต้องการขั้นพื้นฐานของเขา การพยาบาลเน้นที่การช่วยลด
ภาวะตึงเครียดและภาวะไม่สุขสบาย โดยมุ่งหวังให้บุคคลได้รับการไว้ซึ่งความสมดุลย์ทั้งของตนเอง
และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ในปี 1963 Ernestine Wiedenbach ได้ระบุเป้าหมายของการพยาบาล
ว่าเป็นการช่วยเหลือบุคคลตามความจำเป็นของเขา การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย ประการแรก
พิจารณาความจำเป็นของผู้ป่วย ประการที่ 2 ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยแต่ละรายตามความ
จำเป็นของเขา ประการที่ 3 ประเมินผลการช่วยเหลือที่ให้แกผู้ป่วย Ernestine Wiedenbach
มองดูว่า การพยาบาลเป็นการช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยการเอื้อปัจจัยให้เขาได้ใช้ความพยายามใน
การเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งรบกวนความสามารถของเขาในการดำรงชีวิตในสถานะการณ์
สิ่งแวดล้อม และในเวลาต่าง ๆ กัน

ในปี ค.ศ. 1966 Virginia Henderson ได้เขียนหนังสือชื่อ "The
Nature of Nursing" ในหนังสือเล่มนี้ เฮนเดอร์สัน ได้ชักชวนให้พยาบาลตระหนักและค้นหา
ว่าการพยาบาลคืออะไร ส่วนตัวของเธอเธอมองว่าบทบาทหน้าที่ที่เป็นเอกลักษณ์ของพยาบาลคือ
การช่วยเหลือบุคคลทั้งยามปกติหรือยามเจ็บป่วย ให้กระทำกิจกรรมที่จะส่งเสริมการมีสุขภาพดี การ
ฟื้นฟูสภาพ (หรือแม้แต่การตายอย่างสงบ) เฮนเดอร์สันนับว่าเป็นนักวิชาการผู้หนึ่งที่ได้ให้แนวคิด
ทางการพยาบาลไว้อย่างกว้างขวาง

ปี ค.ศ. 1974 Yura and Walsh ได้ให้ข้อคิดเกี่ยวกับการพยาบาลไว้ว่า
การพยาบาลเป็นการกระทำต่อผู้รับบริการและครอบครัวของเขา ซึ่งพยาบาลจะต้องทำการสังเกต
สนับสนุน สื่อสาร จัดการ และสอน เพื่อเป้าหมายที่จะรักษาสุขภาพของเขาให้อยู่ในภาวะสมบูรณ์
ที่สุด ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเขาเจ็บป่วยเพื่อจะ ให้เขากลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว และ ในโอกาส
ที่จำเป็นพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือแก่บุคคลซึ่งกำลังจะไปสู่ความตาย (Dying) ในระยะนี้เอง
การศึกษาพยาบาลเริ่มนำคำว่า "กระบวนการพยาบาล" มาใช้

ในปี ค.ศ. 1974 เช่นกัน Virginia Conley ได้ให้นิยามคำว่า การพยาบาล
ว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สังเกต ดูแล ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
ผู้บาดเจ็บ ผู้พิการ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค หรือเป็นการนิเทศสอนบุคลากร

อื่น ๆ หรือเป็นการให้ยา ให้การรักษาตามที่กำหนดโดยแพทย์หรือทันตแพทย์ ทั้งนี้การปฏิบัติเหล่านี้จะต้องอาศัยทักษะและการตัดสินใจที่ต้องใช้ความรู้ด้านชีววิทยา กายภาพ และสังคมวิทยา การปฏิบัติดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับกรณีวินิจฉัยและการสั่งการรักษาผู้ป่วย

นิยามคำว่า "การพยาบาล" ได้รับการพิจารณาเป็นลำดับ

ปี ค.ศ. 1976 เริ่มมีการกล่าวถึงการช่วยเหลือบุคคลที่กำลังจะไปสู่ความตาย และการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) อย่างจริงจัง และกว้างขวางทั้งในประเทศไทย และในการจัดการศึกษาพยาบาลของประเทศไทย

การจัดการศึกษาพยาบาลของประเทศไทย ปัจจุบันให้ความสำคัญของการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างมาก กระบวนการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ดีทุกสถานการณ์ และทุกสถานที่ของการปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอน 1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้รับบริการ

ขั้นตอน 2 การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล

ขั้นตอน 3 การวางแผนการพยาบาล

ขั้นตอน 4 การปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอน 5 การประเมินการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอนมีความหมาย และมีความสำคัญ ขั้นตอน 1 และ 2 คือ การประเมินปัญหา และการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่ใช้เวลา มีความยุ่งยาก ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความสังเกต ที่ละเอียดรอบคอบ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะว่าการวินิจฉัยที่แม่นยำเท่านั้นที่จะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นักการศึกษาพยาบาล เมจอร์รี่ กอร์ดอน (Magory Gordon) ได้ให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เขาเรียกพฤติกรรมสุขภาพว่า แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) กอร์ดอน เชื่อว่าสุขภาพบุคคลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพของเขา กอร์ดอนอธิบายแนวคิดนี้ไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ขององค์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเกี่ยวข้องเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ความผิดปกติของพฤติกรรมหนึ่งอาจเป็นเหตุหรือเป็นผลต่อพฤติกรรมอื่น ๆ ได้ การพิจารณาคูพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยบุคคลหนึ่งจำเป็นจะต้องเข้าใจถึงภาวะปกติหรือบรรทัดฐาน (Norm)

ของแต่ละบุคคล แต่ละกลุ่มอายุ และแต่ละสังคม รวมทั้งวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและ ค่านิยมของบุคคลด้วย

เมจอร์รี่ กอร์ดอน ได้เสนอองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพหรือที่เขาเรียกว่า แบบแผนสุขภาพว่ามี 11 แบบแผน

แบบแผน 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health Perception and Health Management) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงว่าบุคคลมีการรับรู้การเข้าใจ และมีการจัดการสุขภาพตนเองของบุคคล พฤติกรรมที่แสดงออกมีขอบเขตถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาลตนเองยามเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติของแบบแผนนี้ได้แก่ การขาดความรู้ การเจ็บป่วยเรื้อรัง การไม่ได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

แบบแผน 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (Nutritional and Metabolic) หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร น้ำ ของบุคคล รวมทั้งกระบวนการเผาผลาญอาหารของร่างกาย การควบคุมสารน้ำ และอิเล็กโทรลัยท์ สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติของแบบแผนนี้ได้แก่ การขาดความรู้ ความผิดปกติการเผาผลาญและการดูดซึมอาหาร การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เป็นต้น

แบบแผน 3 การขับถ่าย (Elimination) หมายถึง พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติของแบบแผนนี้ได้แก่ พยาธิสภาพของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และการควบคุมการขับถ่าย ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การขาดการเคลื่อนไหว การได้รับน้ำและอาหารที่มีกากไม่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้นับเสมอว่าเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ เป็นต้น

แบบแผน 4 กิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกาย (Activity-Exercise) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติ ได้แก่ ความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะหัวใจ ปอด ระบบการขนส่งออกซิเจนในร่างกาย และต่อมไร้ท่อ นอกจากนี้ภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ก็อาจเป็นสาเหตุได้

แบบแผน 5 การนอนหลับพักผ่อน (Sleep-Rest) หมายถึง พฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนของบุคคล บุคคลในแต่ละวัยมีความต้องการนอนหลับพักผ่อนต่างกัน ผู้สูงอายุมีความต้องการนอนหลับน้อยกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติของแบบแผนนี้ได้แก่ ความไม่สุขสบาย ทั้งหลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม

แบบแผน 6 สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive-Perceptual) หมายถึง พฤติกรรม ความสามารถทางสมองของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ มองเห็น ได้กลิ่น วัสดุ ความจำความคิด และการแก้ปัญหา สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติของแบบแผนนี้ ได้แก่ ความผิดปกติของอวัยวะรับความรู้สึก กระบวนการเสื่อมของร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น

แบบแผน 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception) หมายถึง พฤติกรรมแสดงถึงการคิด การมองตนเองในภาพรวม สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติของแบบแผนนี้ ได้แก่ พยาธิสภาพทางด้านร่างกาย ประสบการณ์ในอดีตที่สะท้อนถึงภาพลักษณ์และความภาคภูมิใจต่อตนเอง

แบบแผน 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role-Relationship) หมายถึง พฤติกรรมแสดงถึงบทบาทของตนเองและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว และสังคม ปัจจัยหรือความผิดปกติของแบบแผนนี้ ได้แก่ ความสูญเสียความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ความจำกัดด้านร่างกายอื่น ๆ ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาครอบครัว เช่น หย่าร้าง หรือ ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น

แบบแผน 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ (Sexuality-Reproductive) หมายถึง พฤติกรรมเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ สาเหตุหรือปัจจัยความผิดปกติของแบบแผนนี้ ได้แก่ ความผิดปกติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมและสถานภาพของบุคคล เช่น ย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นต้น

แบบแผน 10 การเผชิญความเครียด (Coping-Stress Tolerance) หมายถึง พฤติกรรมเผชิญกับความเครียดของบุคคล ในชีวิตของคนเราทุกคน ทุกวันต้องเผชิญกับความเครียด ทุกชีวิตต้องปรับตนเอง เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้ภายใต้ความเครียดทั้งหลาย ปัจจัยหรือสาเหตุทำให้บุคคลมีการเผชิญความเครียดที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของร่างกายและจิตใจ การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมองไม่เห็นคุณค่าของตนเอง หรือภาวะเครียดมีมากเกินไปจนการปรับตัวของบุคคล

แบบแผน 11 ค่านิยมและความเชื่อ (Value-Belief) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคล ที่แสดงถึงค่านิยม ความเชื่อ ที่ใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน สาเหตุหรือปัจจัยรบกวนต่อการแสดงพฤติกรรมด้านค่านิยมและความเชื่อของบุคคล ก็คือ พยาธิสภาพของร่างกาย ประสบการณ์ ความเข้าใจของบุคคลต่อเรื่องต่าง ๆ และการได้รับการขัดขวางให้แสดงพฤติกรรมที่ตนเองเชื่อ และยึดเป็นค่านิยมโดยเฉพาะ เช่น เรื่องขนบธรรมเนียม ความเชื่อของสังคม เป็นต้น

จากการศึกษาวิเคราะห์แบบแผน 11 แบบแผนที่เสนอโดยกอร์ดอน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าแบบแผนทั้ง 11 แบบแผน เหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการพยาบาลในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

ประการที่ 1 เป็นแนวคิดที่เสนอให้มีการพิจารณาพฤติกรรมแต่ละด้าน ซึ่งสามารถมองเห็นและเก็บรวบรวมเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ ถึงแม้ว่าพฤติกรรมที่แสดงนั้นจะมีเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่างทั้งภายในและภายนอกของบุคคล การเก็บรวบรวมข้อมูลทำนองนี้เหมาะสมกับสภาพพฤติกรรมแสดงออกของผู้สูงอายุ เพราะว่าผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีปัจจัยเสื่อมถอยหลายด้านพฤติกรรมที่แสดงออกแต่ละด้านคือ ผลรวมของความเสื่อมถอยหลาย ๆ ด้าน ซึ่งสัมพันธ์กันหมด ในงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาหาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานส่งเสริมสุขภาพ และชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น แนวคิดนี้จึงเหมาะสมที่สุดในการนำมาใช้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล

ประการที่ 2 แนวคิดนี้สามารถผสมผสานกับแนวคิดการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการพยาบาลได้ดีมากในขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพ ดังนั้น แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนเหมาะสมที่จะนำไปเป็นกรอบแนวคิดการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุได้

2.1.2 ทฤษฎีการพยาบาล

ปี ค.ศ. 1980 ได้มีการกล่าวถึงทฤษฎีการพยาบาล (Nursing Theory) และความรู้ด้านจิตวิทยาพฤติกรรม (Behavioral Psychological Science) พร้อมทั้งมีการนำมาใช้ในกระบวนการพยาบาลกันอย่างกว้างขวาง ดังนั้นในตอนต่อไปจะกล่าวถึงคำว่า "ทฤษฎี" พอสังเขป

ทฤษฎี คือ ข้อความที่เกิดจากการผสมผสานความคิดรวบยอดต่าง ๆ สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์ต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ทฤษฎีจะบอกถึงความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปร ทั้งนี้เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายปรากฏการณ์ต่าง ๆ หรือเพื่อการนำไปปฏิบัติ ทฤษฎีเมื่อตั้งขึ้นแล้วต้องเป็นสากล และสามารถพิสูจน์ได้ อุตสาหกรรมประเด็นสำคัญของคำว่า "ทฤษฎี"

ทฤษฎี

วิธีการสร้าง	ส่วนประกอบ	บทบาทหน้าที่	ประโยชน์
1. สร้างแนวคิด (Concept)	1. สิ่งที่มีอยู่แล้ว	1. บอกรายละเอียด	1. ทำนายอย่าง มีเกณฑ์
2. ศึกษาวิจัยเพื่อให้ ได้ข้อมูล	2. สิ่งที่เกิดคะเน (สมมติว่ารู้แล้ว)	2. การคาดคะเน ทำนายสิ่งที่จะเกิดใน อนาคต	2. เป็นแนวทางการ ค้นคว้า
3. ได้ข้อมูลที่แสดง ความสัมพันธ์ของ ตัวแปร	3. สิ่งที่ยังไม่รู้	3. อธิบายเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์	3. ได้ความรู้ใหม่

คำว่า "ทฤษฎีการพยาบาล" (Nursing Theory) เป็นกลุ่มของแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน ให้อธิบายและคาดคะเนธรรมชาติของการพยาบาล หรืออีกนัยหนึ่ง "ทฤษฎีการพยาบาล" เป็นโครงสร้างที่แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล หรืออีกความหมายหนึ่ง "ทฤษฎีการพยาบาล" คือกรอบแนวคิดทางทฤษฎีของความรู้ที่เป็นจุดประสงค์หลักของวิชาชีพพยาบาล

กลุ่มของแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาล ได้แก่ บุคคล (Person) สุขภาพ (Health) และสิ่งแวดล้อม (Environment) กลุ่มของแนวคิดเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ สำหรับให้อธิบายปรากฏการณ์ของวิชาชีพพยาบาล และชี้แนวปฏิบัติการพยาบาล ดังเสนอเป็นแผนภูมิง่าย ๆ ดังนี้

บุคคล

สิ่งแวดล้อม <—————> สุขภาพ

การพยาบาล

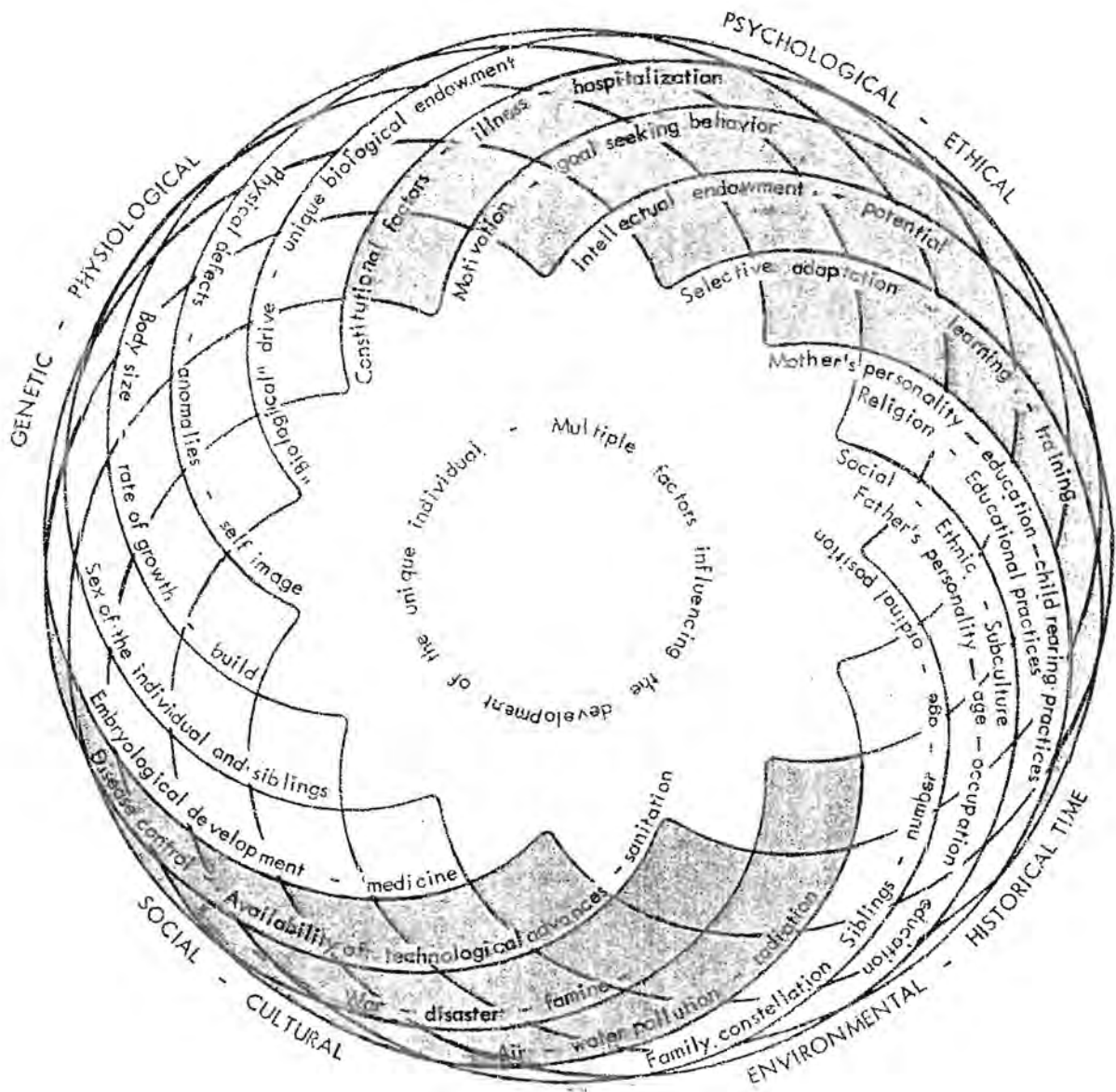
บุคคล (Person)

บุคคลหรือคนนับเป็นสิ่งมีชีวิต สิ่งมีชีวิตหรือที่เรียกว่าบุคคลนั้น ประกอบขึ้นด้วยโมเลกุลของสารประกอบต่าง ๆ ซึ่งโดยลำพังแล้วสารประกอบเหล่านี้มีสภาพไร้ชีวิตและเปลี่ยนแปลงได้ตามกฎของเคมีและฟิสิกส์เหมือนสิ่งไร้ชีวิต องค์ประกอบอันไร้ชีวิตที่กล่าวนี้ เมื่อรวมกันและอยู่อย่างมีระบบระเบียบก็แสดงคุณสมบัติของสิ่งมีชีวิตออกมา การเปลี่ยนแปลงในสิ่งมีชีวิตเป็นไปตามกฎทางเคมีและฟิสิกส์ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเกิดขึ้นโดยลำพังหรืออาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งสลับซับซ้อนมาก

บุคคลเป็นระบบเปิด (Open System) รูปที่ 8 บุคคลเป็นระบบที่ซับซ้อน ประกอบด้วยระบบย่อยมากมายที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน บุคคลเป็นหน่วยผสมผสานของความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บุคคลเป็นหน่วยที่ต้องปรับตัวกับสภาพแวดล้อมตลอดเวลา

สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อม คือ สิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ล้อมรอบทั้งภายนอกและภายในร่างกายของมนุษย์ สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งเร้าที่มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของมนุษย์ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมยังเป็นสิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์กับมนุษย์ตลอดเวลา และสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการพัฒนาของสิ่งมีชีวิตด้วย รูปที่ 8 บุคคลหรือมนุษย์เป็นระบบเปิด



รูปที่ ๘ บุคคลหรือมนุษย์เป็นระบบเปิด

(จาก Kintzed, Kay Corman (ed.). Advanced Concept in Clinical Nursing. Pil : J.B. Lippincott Co., 1971 P.388)

สุขภาพ (Health)

สุขภาพดี คือ ภาวะสมดุลย์ที่เกิดขึ้นในบุคคล เป็นภาวะปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บ และความวิตกกังวล และเป็นภาวะที่มนุษย์สามารถใช้พลังงานที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง และสังคม สุขภาพดีและความเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่อง (Health-Illness Continuum) เป็นการยากที่จะกำหนดว่าอย่างไร คือภาวะสุขภาพอนามัยดี และภาวะใดคือการเจ็บป่วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อและนิยามที่แต่ละคนกำหนดไว้สำหรับตนเอง

นิยามคำว่า "การพยาบาล" ได้รับการพัฒนาเป็นลำดับ ตอนต่อไป คือตารางเปรียบเทียบรูปแบบต่าง ๆ ของการพยาบาล ตามที่นักวิชาการพยาบาลได้เสนอไว้ ตารางเปรียบเทียบได้เสนอ "นิยามคำว่า การพยาบาล" "กิจกรรมการพยาบาล" และกรอบแนวความคิด 3 เรื่อง คือบุคคล สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ซึ่งกรอบแนวความคิด 3 เรื่องนี้ คือ พื้นฐานการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล สำหรับผู้รับบริการแต่ละคน

เจ้าของรูปแบบการพยาบาล	นิยามคำว่า "การพยาบาล"	กิจกรรมการพยาบาล	กรอบแนวความคิด		
			บุคคล	สุขภาพ	สิ่งแวดล้อม
1. Florence Nightingale	เป็นวิชาชีพของสตรี มีเป้าหมายที่จะให้บริการแก่มนุษย์ โดยการค้นหาและใช้กฎเกณฑ์ของธรรมชาติที่จะรักษาสุขภาพของบุคคล	จัดให้บุคคลได้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด เพื่อให้มีการฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรคหรือรักษาพยาบาล ในกรณีเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ	ประกอบด้วยร่างกาย สติปัญญา คุณลักษณะย่อยๆ และศักยภาพ	ภาวะปราศจากโรคและสามารถใช้พลังงานที่มีอยู่ได้เต็มที่	เป็นสิ่งที่อยู่ภายนอก มีผลต่อบุคคลทั้งยามปกติและเจ็บป่วย
2. Hildegard E. Peplau	เป็นศาสตร์ที่มีการลงมือปฏิบัติและเป็นการปฏิบัติที่เอื้อให้มีการใช้พลังงานอย่างสร้างสรรค์	เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย	เป็นระบบที่ประกอบด้วยลักษณะและความต้องการด้าน Biochemical, Physical and Psychology	เป็นระดับของการเกิด Anxiety ซึ่งกิจกรรมระหว่างบุคคลและพัฒนาการของชีวิตสามารถเอาชนะได้	เป็นโลกเล็ก ๆ ประกอบด้วยบุคคลที่มีความหมายต่อผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ด้วย
3. Ida Jean Orlando	เป็นปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยผู้ต้องการความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาสุขภาพของเขา ผู้ป่วยจะต้องเกี่ยวข้องด้วยในเรื่องความถูกต้องสมบูรณ์แห่งความต้องการและการช่วยเหลือที่ได้รับ	ความต้องการของผู้ป่วยจะเป็นตัวบ่งชี้กิจกรรมการพยาบาล	ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับการดูแล (Supervision) และรักษาพยาบาล (Treatment)	มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความเพียงพอและเป็นสุข	เป็นสภาพแวดล้อมของการพยาบาล ตัวอย่างเช่น เวลา สถานที่

เจ้าของรูปแบบการพยาบาล	นิยามคำว่า "การพยาบาล"	กิจกรรมการพยาบาล	กรอบแนวความคิด		
			บุคคล	สุขภาพ	สิ่งแวดล้อม
4. Myra Estrin Levine	เป็นปฏิสัมพันธ์ของคนซึ่งได้ใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ในกระบวนการพยาบาล	ให้การดูแลบุคคลทั้งคนตามความต้องการของเขา พยายามทำหน้าที่ในการสนับสนุนการปรับตัวของบุคคล	เป็นระบบที่ซับซ้อนที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย ซึ่งแปลออกมาในรูปของการปรับตัว	รูปแบบของ Adaptive change ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ของบุคคล	สิ่งแวดล้อมภายในคือ สรีรวิทยาของร่างกายมนุษย์ ส่วนสิ่งแวดล้อมภายนอก คือ สิ่งที่จะต้องมีการรับรู้การกระทำ และการมองเห็นอย่างถูกต้อง
5. Dorothea E. Orem	เป็นการให้บริการมนุษย์ เป็นการช่วยเหลือบุคคลที่มีความจำกัด (ซึ่งมีสาเหตุมาจากสุขภาพอนามัย) ในการช่วยเหลือตนเอง	กำหนดจากการพิจารณาว่า ทำไม่ผู้ป่วยจึงต้องการการพยาบาล	เป็นหน่วยผสมผสานทำหน้าที่ด้านชีววิทยาด้านที่เป็นสัญลักษณ์ของหน่วยและด้านสังคม	เป็นภาวะที่บุคคลมีการผสมผสาน สามารถปฏิบัติภารกิจของตนเองได้	เป็นส่วนประกอบย่อยของบุคคล ซึ่งเมื่อนำมารวมกันเข้าแล้วมีส่วนเกี่ยวข้องกับ Self care ของบุคคล

เจ้าของรูปแบบการพยาบาล	นิยามคำว่า "การพยาบาล"	กิจกรรมการพยาบาล	กรอบแนวความคิด		
			บุคคล	สุขภาพ	สิ่งแวดล้อม
6. Sister Callista Roy	เป็นกระบวนการวิเคราะห์และการกระทำเพื่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วย	เป็นกิจกรรมที่จัดกระทำต่อสิ่งกระตุ้น	เป็นระบบเปิดและเป็นระบบที่มีการปรับตัว	สุขภาพดีและการเจ็บป่วยมีลักษณะเป็นเส้นตรง บอกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่บุคคลได้รับในเวลาต่าง ๆ กัน สุขภาพดีและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่พ้น	เป็นสถานการณ์ เป็นสถานการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการของสิ่งมีชีวิตหรือกลุ่มของสิ่งมีชีวิต
7. Newman	เป็นวิชาชีพที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับคนทั้งคน ตัวอย่างเช่นตัวแปรทุกตัวแปรในร่างกายมีผลต่อการตอบสนองของคนต่อสิ่งที่มารบกวน	พยาบาลเป็นผู้กระทำเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเพื่อที่จะลดสิ่งรบกวนหรือเพื่อลดผลที่เกิดจากสิ่งรบกวน	เป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการของชีวิต บุคคล คือหน่วยเดียวเป็นหน่วยที่มีความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ	เป็นภาวะที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยวัดได้จากตัวแปรด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการของชีวิต	ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมภายนอกและสิ่งแวดล้อมภายใน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และพัฒนาการของชีวิต

เจ้าของรูปแบบการพยาบาล	นิยามคำว่า "การพยาบาล"	กิจกรรมการพยาบาล	กรอบแนวความคิด		
			บุคคล	สุขภาพ	สิ่งแวดล้อม
8. Imogene M. King	เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย	พยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้สถานการณ์ร่วมกันสื่อสารกัน ร่วมกันกำหนดเป้าหมายและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น	เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา	เป็นการปรับสภาพต่อสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก โดยการใช้ทรัพยากรอย่างเต็มความสามารถ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้	เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับระบบของบุคคลซึ่งเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ
9. Martha E. Rogers	เป็นวิชาชีพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพของผู้เจ็บป่วยและพิการ	ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่เข้ากันได้ระหว่างสิ่งแวดล้อมและบุคคล	เป็นระบบ 4 มิติ (Space-Time Continuum) เป็นสนามพลังงาน (มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวตลอดเวลา) เป็นส่วนรวมที่มีเอกภาพ มีเอกลักษณ์ แสดงลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผลรวมที่เป็นส่วนประกอบต่าง ๆ ของเขา	เป็นคำที่มีคุณค่า นิยามได้ กว้างขวาง การระบุพฤติกรรมของคำ ๆ นี้ขึ้นอยู่กับแต่ละวัฒนธรรมและแต่ละบุคคล	เป็นระบบ 4 มิติ เป็นสนามพลังงานซึ่งมีแบบแผนและระบบระเบียบ และรวมทุกสิ่งทุกอย่างนอกเหนือจาก Human Field เข้าไว้ด้วยกัน

เจ้าของรูปแบบการพยาบาล	นิยามคำว่า "การพยาบาล"	กิจกรรมการพยาบาล	กรอบแนวความคิด		
			บุคคล	สุขภาพ	สิ่งแวดล้อม
0. Fitzpatrick	เป็นวิทยาศาสตร์และเป็นวิชาชีพ ซึ่งเกี่ยวพันโดยตรงกับความหมายคำว่าชีวิต (สุขภาพ)	เน้นการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาไปสู่การมีสุขภาพดี	เป็นระบบเปิดเป็นหน่วยเดียว มีลักษณะทางชีวภาพ	เป็นการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง มีการตระหนักถึงความสำคัญของการมีชีวิตอย่างมีความหมาย	เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับบุคคล

2.2 ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป คำว่า สูงอายุ คือ age, aged, aging หรือ ageing เป็นคำที่ใช้ได้เหมือนกันหมด

การเรียกการสูงอายุ เรียกได้หลายลักษณะ

ลักษณะที่ 1 สูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การสูงอายุนับจากสภาพร่างกายมีลักษณะของการเสื่อมถอยมากขึ้นเรื่อยๆ การใช้งานมาก ขาดการดูแลบำรุง ร่างกายอาจทรุดโทรม และทำให้มีลักษณะแก่เร็วกว่าคนในวัยเดียวกัน

ลักษณะที่ 2 สูงอายุตามปีปฏิทิน (Chronological Aging) หมายถึง สูงอายุนับจากวัน เดือน ปีเกิด

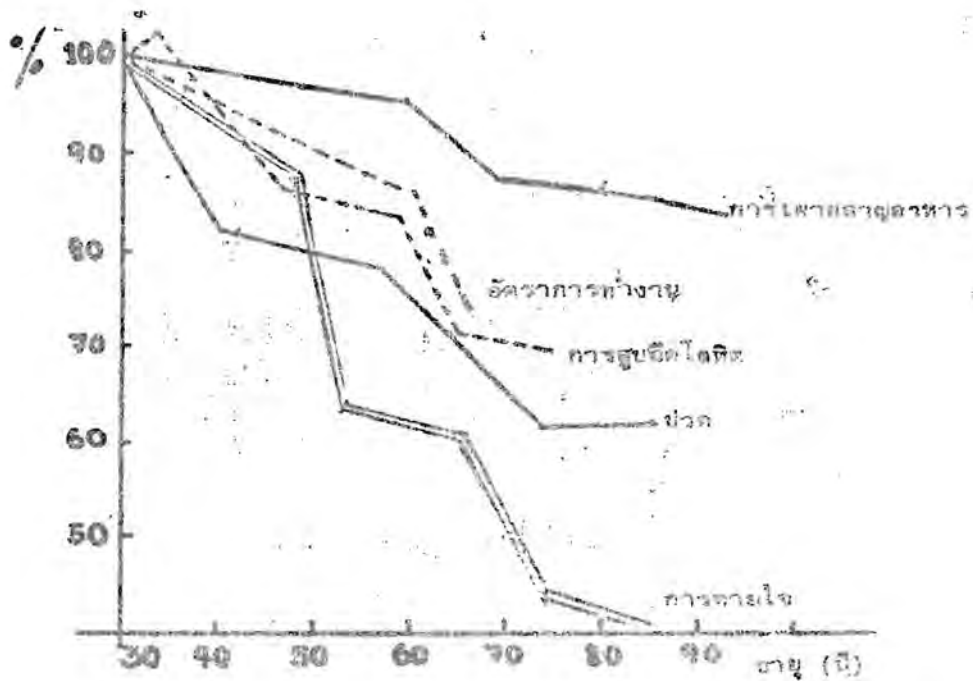
ลักษณะที่ 3 สูงอายุตามสถานภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การสูงอายุนับจากบทบาทหรือตำแหน่งในสังคม

ลักษณะที่ 4 สูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การสูงอายุนับจากสภาพที่จิตใจเป็นอยู่ คนที่มีสภาพจิตใจเบิกบานเป็นสุข ย่อมดูอ่อนวัยกว่าคนที่จิตใจเศร้าหมองเป็นทุกข์หรือเป็นกังวลใจ

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และเชาวน์ปัญญา

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และเชาวน์ปัญญา

เมื่อถึงวัย 40 ปี ร่างกายของบุคคลจะเริ่มเสื่อมถอยเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงและอาจมีโรคภัยไข้เจ็บ ประสิทธิภาพของอวัยวะต่าง ๆ จะเสื่อมถอย การเสื่อมถอยจะเห็นชัดเจนยิ่งขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด รูปที่ 9 แสดงถึงประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับอายุ แผนภูมิได้แสดงให้เห็นว่า เมตตาบอลิซึม อัตราการทำงานของหัวใจ ปอด และการหายใจ ทุกอย่างจะมีอัตราลดลงเมื่อวัยเพิ่มขึ้น

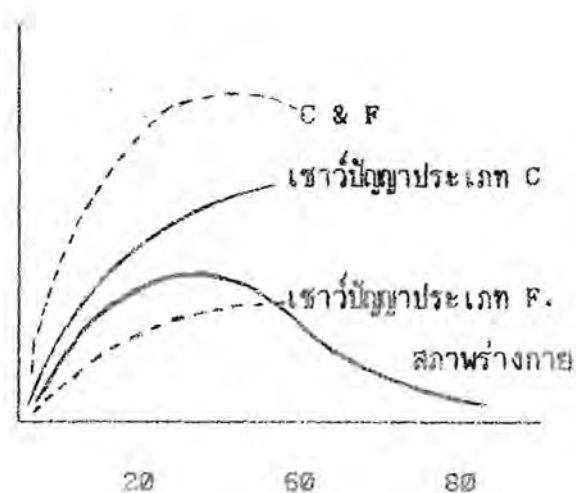


รูปที่ 9 ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย เปรียบเทียบกับอายุ

(จาก R.M Insel and W.T Roth, Health in a Changing Society, Palo Alto Ca., Mayfield, 1976 p. 98)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ จะมีผลเหตุมามากจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ ผู้สูงอายุจะรู้สึกหงุดหงิด เป็นทุกข์ เป็นกังวล เมื่อสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยที่จะให้ประกอบกิจวัตรประจำวันหรือแสดงบทบาทดังที่เคยปฏิบัติมาก่อน สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การลดลง การทอดทิ้งจากลูกหลานและบุคคลใกล้ชิดจะเป็นสาเหตุซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ

สภาพร่างกายเสื่อมลงเมื่อวัยเพิ่มขึ้น คำถามคือ ธรรมชาติของบุคคลเสื่อมลงตามสภาพร่างกายหรือไม่ โปรดศึกษารูปภาพที่ 10



เซาว์ปัญญา	Fluid	สร้าง Concept
		การให้เหตุผลใช้และ
		เกิดขึ้นทุกสถานการณ์
	Crystal	สร้าง สะสมจากประสบการณ์
		รับรู้ความสัมพัทธ์

รูปที่ 10 เซาว์ปัญญาของบุคคลตามวัยที่เพิ่มขึ้น
 (จาก วิกร ตันทวทโส และรักษา กาวกรณ์ ผู้ใหญ่
 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ,
 2529 หน้า 15)

เซวามีปัญหา 2 ประเภท ประเภทแรก เซวามีปัญหาประเภทของไหล (Fluid) หมายถึง ความสามารถของสมองในการเรียนรู้แนวคิด การให้เหตุผล เซวามีปัญหาประเภทนี้จะถูกใช้และเกิดขึ้นทุกสถานการณ์ ประเภท 2 เซวามีปัญหาประเภทก่อรูปขึ้น (Crystal) หมายถึง ความสามารถของสมองที่ถูกสร้าง และสะสมมาจากประสบการณ์ สามารถรับรู้และบอกความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ได้

เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น พร้อม ๆ กับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง เซวามีปัญหาประเภทของไหลจะค่อย ๆ ลดลง แต่เซวามีปัญหาประเภทก่อรูปจะยังคงอยู่ ดังนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุที่ยังไม่มีอาการสมองเสื่อมจะมีความสามารถของสมองด้านการรับรู้ความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ การวินิจฉัย ตัดสินใจ สิ่งการจะมีเหตุผล รอบคอบกว่าผู้อ่อนอาวุโส

2.2-2 ปัญหาสุขภาพและโรคของผู้สูงอายุ

วัย 60 ปี คือวัยสูงอายุที่ร่างกายของบุคคลจะมีการเสื่อมลงอย่างมาก มักพบเสมอว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางสุขภาพและมีโรคหลาย ๆ โรคพร้อมกัน โรคภัยไข้เจ็บชนิดหนึ่งอาจช่วยปิดบังอาการของโรคอีกชนิดหนึ่งได้ ตัวอย่างเช่น แพทย์พยาบาลอาจจะไม่พบอาการเหนื่อยหอบในผู้สูงอายุที่มีโรคข้ออักเสบและโรคข้อเสื่อม เพราะโรคข้ออักเสบข้อเสื่อม จะช่วยจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ อาการเหนื่อยหอบจึงไม่ปรากฏให้เห็น เป็นต้น

ด้วยเหตุที่ว่าผู้สูงอายุจะมีหลายโรคเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน การเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพและโรคที่พบเสมอในผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาเข้าใจถึงความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุได้ Wetle (1982) ได้รายงานปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) ปัญหาสุขภาพที่พบเสมอในผู้สูงอายุ ได้แก่
 - ก. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)
 - ข. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
 - ค. ภาวะวิกลจริต ซึ่งมีจิตเสื่อม สมองพิการ ปัญหาเสื่อม (Dementia Syndrome)
 - ง. ภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Renal Failure)
 - จ. ภาวะเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Angine Pectoris)
 - ฉ. ภาวะข้อเสื่อม (Degenerative Joint Disease)

- ช. ความผิดปกติของการเดิน (Gait Disturbance)
 - ซ. ระบบทางเดินปัสสาวะผิดปกติ
 - ญ. ท้องผูก (Constipation)
 - ฎ. ภาวะเลือดไปเลี้ยงบริเวณขาไม่เพียงพอ
(Vascular Insufficiency in the legs)
 - ด. เบาหวาน (Diabetes Mellitus)
 - ต. เจ็บปวดเรื้อรัง (Chronic Pain)
 - ถ. ภาวะการนอนแปรปรวน (Sleep Disturbance)
 - ท. การได้ยาหลาย ๆ อย่าง (Multiple Drugs Regimens)
 - ธ. โลหิตจาง (Anemia)
- 2) โรคและความผิดปกติที่พบเฉพาะในผู้สูงอายุ
- ก. อาการหมดสติจากโรคเบาหวาน
(Diabetic Hyperosmolar Nonketotic Coma)
 - ข. โรคลมบ้าหมู (Stroke)
 - ค. อาการปวดกล้ามเนื้อ
(Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis)
 - ง. โรคกระดูกจากการเผาผลาญอาหาร
(Metabolic Bone Disease)
 - จ. กระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture)
 - ฉ. อาการวิกลจริตซึ่งมีจิตเสื่อม สมรรถภาพ ปัญญาเสื่อม
(Dementia Syndrome)
 - ช. โรคข้อเสื่อม (Degenerative Joint Disease)
 - ซ. หกล้ม (Fall)
 - ญ. โรคกระดูกอักเสบทำให้ผิดรูป (Paget's Disease)
 - ฎ. โรคลิวคีเมียของหลอดน้ำเหลือง
(Chronic Lymphatic Leukemia)

- ค. วัณโรค (Tuberculosis)
- ค. งูสวัด (Herpes Zoster)
- ค. มะเร็งของเบเซลเซลล์ (Basal Cell Carcinoma)
- ค. Parkinsonism
- ค. (Angioimmunoblastic Lymphadenopathy With Dysproteinemia)
- ค. สมอขชายโตและมีน้ำขัง (Normal Pressure Hydrocephalus)
- ค. แผลกดทับ (Pressure sore)
- ค. อุณหภูมิร่างกายต่ำผิดปกติ (Accidental Hypothermia)
- ค. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence)
- ค. โรคหัวใจจากเส้นเลือดแข็ง และโรคแทรกซ้อน (Arteriosclerotic Heart Disease and its Complications)

3) อาการแสดงผิดปกติที่ไม่ปรากฏชัดเจนว่าเป็นโรคอะไร

ผู้สูงอายุจะแสดงอาการผิดปกติหลาย ๆ อย่าง ซึ่งอาการเหล่านี้มิได้แสดงออกชัดเจนเกี่ยวกับโรคที่ผู้สูงอายุกำลังประสบอยู่ อาการเหล่านั้น ได้แก่

- ก. ปฏิเสธการดื่มน้ำและอาหาร
- ค. หกล้ม
- ค. กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (New Incontinence)
- ค. มึนงง (Dizziness)
- ค. สับสน (Confusion)
- ค. วิกลจริต (New Onset or Abrupt Worsening of Dementia)
- ค. น้ำหนักลด
- ค. หมดอวลยตายอยาก (Failure to Thrive)

- 4) โรคและความผิดปกติของผู้สูงอายุที่มักไม่แสดงอาการชัดเจน ได้แก่
- ก. ซึมเศร้า (Depression)
 - ข. พิษจากยา (Drug Intoxication)
 - ค. ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (Myxedema)
 - ง. สุราเป็นพิษ (Alcoholism)
 - จ. กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction)
 - ฉ. เส้นเลือดบริเวณปอดอุดตัน (Pulmonary Embolism)
 - ช. ปอดอักเสบ (Pneumonia)
 - ซ. มะเร็ง (Cancer)
 - ญ. โรคของช่องท้องที่ต้องผ่าตัด (Surgical Abdomen)
 - ฎ. โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis)

2.2.3 หลักการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ

จากความแตกต่างของโรคและการแสดงอาการตลอดจนความผิดปกติของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น หลักและวิธีการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากบุคคลวัยอื่น หลักการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ มีดังนี้

- 1) การเฝ้าระวัง สิ่งเกิดอาการ และอาการแสดงของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญมาก อาการแสดงบางอย่างของผู้สูงอายุ เช่น ไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด อาจแสดงถึงความผิดปกติบางอย่าง ซึ่งไม่ควรละเลย หรือคิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ
- 2) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะมีความผิดปกติหลาย ๆ อย่าง ซึ่งต้องการการดูแลพิเศษ การเฝ้าระวังสิ่งเกิดความผิดปกติหลาย ๆ อย่างที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการการรักษาพยาบาล
- 3) อาการผิดปกติต่าง ๆ ที่สังเกตได้จากการแสดงของผู้สูงอายุ เช่น อาการซึม เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย เป็นลมบ่อย ๆ น้ำหนักลด หกล้ม กลืนปัสสาวะไม่ได้ หรืออาการที่แสดงถึงการเสื่อมถอยของร่างกายอย่างรวดเร็ว อาการผิดปกติเหล่านี้ควรได้รับการค้นหาสาเหตุอย่างรอบคอบ การดูแลรักษาตามอาการอาจทำให้ละเลยต่อการรักษาพยาบาลตามสาเหตุที่แท้จริงของความผิดปกติของผู้สูงอายุ

- 4) เมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นได้แก่ ทดล้ม ล้มส่นตอนกลางคืน ผลกตกับ กลืนไม่สลาวย ไม่อยู่ อุจจาระติดแข็ง อาการผิดปกติเหล่านี้มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการป้องกัน
- 5) วิธีการรักษาพยาบาลที่เป็นธรรมชาติที่สุดมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด คือ วิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ วิธีการรักษาพยาบาลที่คาดว่าอาจมีโรคแทรกซ้อนแก่ผู้สูงอายุและโรคที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงกว่าโรคที่เป็นอยู่ ลักษณะวิธีเหล่านี้ควรหลีกเลี่ยง
- 6) การสังเกตปฏิกิริยาและผลข้างเคียงจากการได้รับยาเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญ การสังเกตควรกระทำอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุคือผู้ที่เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยามากที่สุด

2.3 การบริการสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

2.3.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

แนวทางการทำงานเชิงรุกด้านผู้สูงอายุของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้กำหนดงานด้านผู้สูงอายุ คือ (โสว พรหมณี, 2536) การบริการจะรุกเข้าไปในพื้นที่เป็นการป้องกัน พิ้นฟู และพัฒนา เป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชา และเป็นบริการผสมผสานระหว่างวิธีทางสังคมสงเคราะห์ มุ่งเน้นความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก ไม่ละเลยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีครอบครัวดูแลหรือดำรงชีวิตได้ในสังคมเข้ารับการอุปการะ ในสถานสงเคราะห์ ดังนั้นนโยบายของรัฐจึงมีแนวโน้มที่จะไม่เพิ่มสถานสงเคราะห์คนชรา แต่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชน และครอบครัวได้ตามสมควรแก่อัถภาพ

กลวิธีหนึ่งที่มีกล่าวถึงคือ การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้รวมตัวกัน เพื่อกำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม โดยมีสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นผู้ประสานงาน

กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันเพื่อหาความต้องการ หาปัญหา ร่วมกันแก้ปัญหา และหาวิธีการที่จะตอบสนองความต้องการของกลุ่มเอง ชมรมจะริเริ่มกิจกรรมตามความต้องการของชมรมเอง โดยที่หน่วยงานต่าง ๆ จะเป็นผู้สนับสนุน ในปัจจุบันแต่ละจังหวัดจะมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งขณะนี้มีชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศที่เป็นสมาชิกของสภาผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 3,174 ชมรม (สถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์

- 11) สถานสงเคราะห์คนชราวาลนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 12) สถานสงเคราะห์คนชราจังหวัดนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ในส่วน of สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุภาคเอกชน ปัจจุบันมีหน่วยงานเอกชน
สมาคม มูลนิธิต่าง ๆ ได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อสงเคราะห์คนชราขึ้นหลายแห่งทั่วประเทศ ได้แก่

- 1) สถานสงเคราะห์คนชราเซ็นต์หลุยส์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- 2) เรือนคนชราบ้านจิก จังหวัดอุดรธานี
- 3) เรือนคนชราแม่เต่า จังหวัดสกลนคร
- 4) สถานพักฟื้นคนชราบ้านบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร
- 5) บ้านคนชรามูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ จังหวัดปทุมธานี
- 6) สถานสงเคราะห์คนชราเซ็นโยเซฟ จังหวัดยะลา
- 7) สถานสงเคราะห์คนชราวัยวัฒนาวิมล จังหวัดสมุทรปราการ
- 8) มูลนิธิจิวฮั่วสงเคราะห์คนชราอเนกา จังหวัดสงขลา
- 9) สถานสงเคราะห์คนชราถ้ำประทุน จังหวัดกระบี่
- 10) สถานสงเคราะห์คนชราทักษา จังหวัดชลบุรี
- 11) สถานสงเคราะห์คนชราวัดท่าตลาด จังหวัดอ่างทอง
- 12) แอนนาวิลล่า จังหวัดนครปฐม
- 13) บ้านเมธานี จังหวัดราชบุรี
- 14) มูลนิธิคณะสงฆ์พระมหาไถ่ แห่งประเทศไทย
- 15) มูลนิธิโรงพยาบาลเทียนฟ้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร

สำหรับกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย และบริการสวัสดิการอื่น ๆ ที่สถานสงเคราะห์คนชราในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์ ที่มีความสำคัญ ได้แก่
กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหา
ด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากการที่อยู่ในวัยที่สุขภาพ
เริ่มเสื่อมโทรม กิจกรรมที่จัดเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพอนามัยที่ดำเนินการ มีดังนี้

ก) การให้บริการรักษาพยาบาลในสถานสงเคราะห์จะมีพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลประจำอยู่ มีแพทย์ของกรมประชาสงเคราะห์ไปเยี่ยมเยียนและตรวจร่างกายเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วย ในสถานสงเคราะห์บางแห่งจะได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลของจังหวัดในเรื่องการรักษา กรณีที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยและมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นักสังคมสงเคราะห์ก็จะติดต่อ โรงพยาบาลเพื่อส่งตัวเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อไป

ข) การให้บริการด้านกายภาพบำบัด ในสถานสงเคราะห์คนชราบางแห่งจะมีบริการกายภาพบำบัดให้แก่ผู้สูงอายุ และจะมีนักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลเป็นผู้ดูแล โดยมีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นที่ปรึกษา สำหรับให้คำแนะนำและดูแลเป็นระยะ ๆ

ค) การให้บริการในลักษณะอาชีพบำบัด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบำบัดรักษา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้กิจกรรมการทำงานเป็นกิจกรรมช่วย เพื่อป้องกันอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งเพื่อเป็นการฝึกผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้ช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด

ง) การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย โดยจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในช่วงเวลาเช้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

จ) การโภชนาการ ดูแลเกี่ยวกับการจัดอาหารที่มีคุณค่าแก่ผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์

ฉ) การจัดกีฬาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดให้มีการแข่งขันกีฬา ในช่วงเวลาที่เหมาะสม

กิจกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการบริการด้านสุขภาพอนามัยที่สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุได้วางแผนและกำหนดเป็นเป้าหมายการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการสงเคราะห์ กิจกรรมส่วนใหญ่จะ เน้นด้านส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหว มีกิจกรรมที่ไม่อยู่นิ่ง ได้แก่ การออกกำลังกาย การมีมือหัตถกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ การบำเพ็ญศาสนกิจ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และมีความสามารถจะประกอบกิจกรรมช่วยเหลืองานบางประเภทที่ไม่หนักเกินไป เช่น ช่วยดูแลความสะอาดของสถานสงเคราะห์ ดูแลเรื่องอาหาร หรือเป็นผู้เลี้ยงช่วยเหลือผู้สูงอายุคนอื่น ๆ

7) มีการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ ชีวดูแลได้มีการพัฒนาทั้งทางด้านวิชาการ การศึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีคุณภาพ การดูแลผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุ หรือสถานสงเคราะห์ ควรประกอบด้วย สิ่งเหล่านี้

- 1) มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้สูงอายุ
- 2) มีการส่งเสริมให้บุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุได้มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ
- 3) มีทักษะการติดต่อสื่อสารที่ดี ทั้งระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ
- 4) มีทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 5) มีผู้บริหารที่สามารถบริหารงาน การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก
- 6) มีการประสานงานอย่างดีระหว่างบุคลากรต่าง ๆ ที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ
- 7) มีการผสมผสานร่วมมือกันในฝ่ายต่าง ๆ และ
- 8) มีองค์กรที่มีคนทำหน้าที่บริหารงาน

การดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ ต้องมีการประสานงานอย่างดีระหว่างบุคลากรจากฝ่ายต่าง ๆ ที่ร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พนักงานผู้ช่วย นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด และนักจิตวิทยา การประสานงานร่วมมือระหว่างทีม (Multidisciplinary team) เช่นที่กล่าวนี้ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุจะทำให้เกิดผลดีสูงสุดต่อผู้สูงอายุ

2.4 การวัดและประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ

การวัดและประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ด้วยการสอบถามหรือให้ผู้สูงอายุรายงานความต้องการ และอีกวิธีหนึ่งคือการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ซึ่งหมายถึง การตรวจร่างกาย การสังเกต และการวัดด้วยเครื่องมืออื่น) วิธีการสอบถามหรือให้ผู้สูงอายุรายงานความต้องการ เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีอาการหลงลืมหรือสุขภาพจิตดีในระดับที่สามารถให้ข้อมูลตามความต้องการของตนเองได้ เช่น ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ส่วนวิธีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยวิธีการต่าง ๆ จะเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรายงานความต้องการของตนเองได้ เช่น ผู้สูงอายุบางคนก็รับบริการในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.4.1 การรายงานความต้องการตัวตนเอง

สุขภาพ คือ ภาวะที่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของบุคคล เมื่อร่างกายทุกด้านอยู่ในภาวะสมดุล บุคคลจะมีสุขภาพดี การแสดงออกของบุคคลเมื่อมีสุขภาพดีคือ หน้าตาแจ่มใส ประกอบภารกิจได้ตามปกติ แก้ปัญหาชีวิตและการงานได้เหมาะสม และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือคนอื่น ในทางตรงข้ามผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีก็จะมีการแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ในทางตรงกันข้าม ภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของบุคคล สัญชาติญาณของมนุษย์สามารถรับรู้ได้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพเป็นเช่นไร ดังนั้นการรายงานความเจ็บป่วยหรือการรายงานความต้องการการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะบอกความต้องการการพยาบาลของบุคคลได้ ในบุคคลวัยอื่น ๆ ยกเว้นวัยเด็กทารกและวัยเด็กเล็กการรายงานความต้องการการพยาบาลด้วยตนเองเป็นวิธีการที่ใช้อยู่เสมอ ส่วนในวัยผู้สูงอายุนี้จะใช้ได้ดีเช่นกันหากผู้สูงอายุยังไม่มีอาการหลงลืมหรือเจ็บป่วยด้วยปัญหาทางสมองและระดับสติปัญญา

2.4.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องซับซ้อนและสิ่งที่ไม่สามารถทำการวินิจฉัยโรคหรือหาสาเหตุความผิดปกติได้ชัดเจนเช่นบุคคลในวัยอื่น ผู้สูงอายุมักจะมีโรคหลาย ๆ โรคพร้อมกัน ผู้สูงอายุมักจะแสดงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เป็นผลรวมของความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติหลาย ๆ อย่าง อาการที่แสดงจะเป็นอาการรวม ๆ (Multiple Complaint) มากกว่าอาการแสดงที่ชัดเจน (Chief Complaint) ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่หกล้มบ่อย ๆ อาการแสดงของการหกล้มอาจจะมีผลมาจาก โลหิตจาง กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือร่วมกับอาการสับสน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่แสดงอาการน้ำหนักลดอย่างชัดเจน อาการน้ำหนักลดอาจมาจาก การแยกตัว ความสามารถของฟันเกี่ยวกับการบดเคี้ยว การสูญเสียการรับรสของลิ้น หรืออาจจะขาดความรู้เรื่องอาหาร และฐานะเศรษฐกิจไม่อำนวยก็ได้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคลำไส้หัวใจตาย โรคกระเพาะอาหาร ปอดอักเสบ หลงน้ำดีอักเสบ ผู้ป่วยเหล่านี้อาจไม่แสดงอาการใด ๆ (Pain-Free) เลยก็ได้ หรือเราอาจจะไม่พบอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจวาย (Congestive Heart Failure) ที่มีข้ออักเสบ (Arthritis) ทั้งนี้เพราะอาการข้ออักเสบจะจำกัดมิให้ผู้ป่วยสูงอายุออกแรงหรือเคลื่อนไหว

ด้วยเหตุผลความแตกต่างของผู้สูงอายุข้างต้น รวมทั้งเหตุผลเชิงจิตวิทยา เช่น สภาพจิตใจที่เสื่อมทรุดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจึงไม่นิยมที่จะพยายามวินิจฉัยว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาประเมินหากลุ่มโรคที่เกิดขึ้นเสมอ พยายามหาทางป้องกัน แก้ไขหรือหาทางปรับตัวสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ศึกษาและสำรวจเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ข้อสังเกตเป็นประเด็นสำคัญดังนี้ ประเด็นที่ 1 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในสถานสงเคราะห์คนชรา ในชมรม หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข ผู้สูงอายุเหล่านี้มีภาวะสุขภาพและความต้องการการพยาบาลที่แตกต่างกันมาก ดังนั้น เครื่องมือสำหรับวัดความต้องการทางการพยาบาลจึงต้องสร้างและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละแห่ง ประเด็นที่ 2 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องประเมินให้ครอบคลุมสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ และ ประเด็นที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมอาจจำแนกเป็น 1) การประเมินเชาวน์ปัญญา (Cognitive Assessment) 2) การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และ 3) การประเมินความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ (Functional Assessment) และ 4) การตรวจร่างกายทุกระบบ (Physical Assessment) ซึ่งจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

วิธีที่ 1 : การประเมินเชาวน์ปัญญาผู้สูงอายุ (Cognitive Assessment)

การประเมินเชาวน์ปัญญา หมายถึง การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการใช้สติปัญญาในการคิด การระลึก การรับรู้ การสื่อสาร การคำนวณ และการคิดแก้ปัญหา ซีไนซ์ (Chenitz, 1991) และคณะ ได้สำรวจและวิเคราะห์เครื่องมือประเมินเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุและได้รวบรวมไว้ในหนังสือ Clinical Gerontological Nursing ดังนี้ (ตัวอย่างเครื่องมือได้แสดงไว้อย่างสมบูรณ์ในหนังสือ)

เครื่องมือที่ 1 : Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้กว้างขวาง ทำการประเมินได้ง่าย รวดเร็ว ไม่จำเป็นต้องทำการฝึกผู้ประเมิน เครื่องมือได้รับการยอมรับว่าสามารถจำแนกผู้สูงอายุที่มีจิตผิดปกติออกจากผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของสมองได้ดี เครื่องมือใช้ได้ดีในหอผู้ป่วยจิตเวช เครื่องมือ SPMSQ เป็นเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเพียง 10 ข้อ การตีความระดับเชาวน์ปัญญาได้จากจำนวนข้อที่ตอบผิด ดังนี้

- ตอบผิด 0-2 ข้อ มีปัญหาด้านเซาว์ปัญญาเล็กน้อย
 ตอบผิด 3-4 ข้อ มีปัญหาด้านเซาว์ปัญญาปานกลาง
 ตอบผิด 5-7 ข้อ มีปัญหาด้านเซาว์ปัญญามาก
 ตอบผิด 8-10 ข้อ มีปัญหาด้านเซาว์ปัญญารุนแรง

เครื่องมือ 2 : The Folstein Mini Mental State Examination

นับเป็นเครื่องมือที่มีความซับซ้อนมากกว่า SPMSQ แต่ก็ยังเป็นเครื่องมือที่ใช้งานง่าย มีความเที่ยง บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ได้โดยไม่ต้องฝึกฝนพิเศษ ลักษณะเครื่องมือใช้สำหรับวัดการรู้ตน รู้เวลา รู้สถานที่ การจำ ความตั้งใจ การคิดคำนวณ และการใช้ภาษา เครื่องมือนี้นั้นใช้วัดผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือดี ใช้เวลาเพียง 10 นาที ส่วนผู้สูงอายุที่มีจิตใจเสื่อม อาจใช้เวลานาน 20 นาที คะแนนเต็ม ทั้งหมด 30 คะแนน เครื่องมือได้กำหนดเกณฑ์ว่าหากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอย่างน้อยเกรด 8 ได้คะแนนไม่ถึง 23 คะแนน จะถือว่าเป็นผู้มีปัญหาด้านเซาว์ปัญญา

เครื่องมือ 3 : The Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE)

เป็นเครื่องมือวัดที่มีความละเอียดซับซ้อนมากกว่า 2 ชนิดที่กล่าวข้างต้น ใช้สำหรับวัดระดับการรู้สติ ความตั้งใจ สมาริ ความจำ การคิดคำนวณ การให้เหตุผล เป็นเครื่องมือวัดที่มีความยาว 2 หน้ากระดาษ และมีคู่มือการใช้เครื่องมือวัด ผู้วัดควรเป็นบุคลากรสาธารณสุข ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ควรมีการศึกษาคู่มือการใช้แบบวัดให้เข้าใจเสียก่อน นับเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สามารถใช้ข้อมูลอื่น ๆ นอกเหนือจากการวัดความเสื่อมของสมองของผู้สูงอายุ

วิธีที่ 2 : การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบเสมอในผู้สูงอายุ การพบจะพบในระดับต่าง ๆ กัน คือ มาก ปานกลาง หรือน้อย ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมักจะมีสาเหตุมาจาก การไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เหมือนก่อน ความเจ็บป่วย หรือความกังวลเกี่ยวกับรายได้ งานวิจัยของ Wagnild, Gail และ Young, Heather M. (1990, 252-255) ได้ค้นพบว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ไม่มีความซึมเศร้าหรือหากจะมีก็มีน้อยที่สุดคือผู้สูงอายุที่มีลักษณะ 5 ประการคือ 1) มีความสงบใจ (Equanimity) 2) มีความพากเพียร อุตสาหะ

(Perseverance) 3) มีความเชื่อมั่นตนเอง (Self-reliance) 4) มีความมุ่งมั่นตั้งใจ (Meaningfulness) และ 5) อยู่ได้โดยลำพัง (Existential Aloneness) ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจะจัดและประเมินเกี่ยวกับลักษณะ 5 ประการ ดังกล่าว

วิธีที่ 3 : การประเมินความสามารถของผ่านหรือตนเองผู้สูงอายุ (Functional Assessment)

การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินว่าผู้สูงอายุมีความสามารถทำอะไรได้บ้าง และไม่สามารถทำอะไรได้บ้าง ผลการประเมินจะช่วยบอกปัญหาและความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นเครื่องมือที่นิยมมากที่สุด สำหรับใช้หาข้อมูลเบื้องต้นให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ เหตุผลสนับสนุนให้มีการนำเครื่องมือประเภทนี้มาใช้สำหรับหาข้อมูลเพื่อการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุก็คือ เครื่องมือจะช่วยบอก 1) ความไม่สุขสบายและความจำกัดของผู้สูงอายุ 2) บอกในภาพรวมว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องใด 3) บอกการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการใช้วัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ 4) บอกเป้าหมายของการดูแลรักษาพยาบาลได้ดีที่สุด 5) นอกเหนือต้องการคนในสาขาใดบ้างที่จะมาเป็นที่มีการดูแลช่วยเหลือ และ 6) บอกสถานที่ว่าผู้สูงอายุรายใดควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานที่เช่นใด

การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะประเมินองค์ประกอบ 2 ด้าน คือหน้าที่ด้านอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (Physical Function) และหน้าที่ด้านสังคม (Social Function) ของผู้สูงอายุ

หน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ จะวัดใน 3 เรื่อง 1) สุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว หรือเดิน 3) กิจกรรมเสริมประจำวัน ได้แก่ การซื้อของ ทำกับข้าว หรือทำความสะอาดเสื้อผ้า เป็นต้น ส่วนการวัดหน้าที่ด้านสังคมของผู้สูงอายุจะวัดใน 3 เรื่อง เช่นกันคือ 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 2) การใช้ทรัพยากรชุมชน 3) การปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ดี

ซีไนซ์ (Chenitz, 1991) และคณะ ได้สำรวจและวิเคราะห์เครื่องมือประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ และเสนอไว้ในหนังสือ Clinical Gerontological Nursing พร้อมแสดงเครื่องมืออย่างสมบูรณ์ ดังนี้

เครื่องมือที่ 1 : OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire

เป็นเครื่องมือวัดหลายทิศทาง พัฒนาขึ้นที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมื่อปี 1978 เครื่องมือใช้วัด
ได้ดีโดยไม่มีอาการตรวจร่างกาย หรือทดสอบใด ๆ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการทดสอบว่ามีความเที่ยง
ตรงสูง ใช้ได้ดีในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน การวัดใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

เครื่องมือชนิดนี้สามารถวัดได้ครอบคลุมทั้ง 2 องค์ประกอบของความสามารถของผู้สูงอายุ
คือ หน้าที่ด้านอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และ หน้าที่ด้านสังคมของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ 2 : The Barthel Index

เป็นเครื่องมือวัดเฉพาะกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ เครื่องมือประกอบด้วยข้อรายการ
10 ข้อ ครอบคลุมเรื่อง การกิน การเคลื่อนไหว การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเดิน การแต่งตัว
ลักษณะข้อรายการวัดนับเป็นเครื่องมือที่ดี มีประโยชน์สำหรับการพิจารณาความสามารถช่วย
เหลือตนเองของผู้สูงอายุ มีการรายงานว่า เครื่องมือชนิดนี้ใช้ประเมินได้ดีในหน่วยกายภาพบำบัด
หรือในสถานที่ ๆ ต้องการการประเมินเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

เครื่องมือที่ 3 : The Instrumental Activities of Daily Living Scale

เป็นเครื่องมือวัดกิจกรรมเสริมประจำวันของผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาขึ้นที่ศูนย์ผู้สูงอายุแห่ง
นิลาเดสเฟีย เครื่องมือวัดมี 8 รายการ ครอบคลุมเรื่อง การเตรียมอาหาร การดูแลบ้าน การดูแล
เสื้อผ้า การใช้โทรศัพท์ การซื้อของ การใช้ยานพาหนะ การกินยา และการดูแลเรื่องการเงิน
ของตนเอง เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์ที่ได้รับการรายงานว่ามีความเที่ยงสูง

วิธีที่ 4 : การตรวจร่างกายทุกระบบ

การประเมินประเภทนี้ หมายถึง การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อหา
ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัยกระทำโดยซักถาม สังเกต หรือทำการ
ตรวจสอบ เพื่อดูความบกพร่องด้านร่างกายทุกระบบของผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดสำหรับสร้าง
เครื่องมือตรวจวินิจฉัยก็คือ ทฤษฎีการสูงอายุที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพของผู้สูงอายุ
การสร้างเครื่องมือจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายระบบต่าง ๆ
ของผู้สูงอายุในส่วนที่เป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งไม่ใช่การเกิดโรค (Non Pathology) และการ
เปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดจากการเป็นโรค (Pathology) ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

น้ำหนัก ส่วนสูง

ผู้สูงอายุที่มีลักษณะอ้วนผิดปกติ (obesity) มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน การมีไขมันในเส้นเลือดสูง การศึกษาค้นคว้าพบว่า ลักษณะอ้วนผิดปกติในผู้สูงอายุชายจะสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งของลำไส้ส่วนล่าง (Colorectal Carcinoma) และมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Carcinoma) ส่วนในผู้สูงอายุหญิงจะพบว่าลักษณะอ้วนผิดปกติจะสัมพันธ์กับมะเร็งของถุงน้ำดี ท่อน้ำดี และอวัยวะสืบพันธุ์ ลักษณะอ้วนผิดปกติในผู้สูงอายุจะมีผลทำให้การประกอบภาระกิจประจำวันต้องใช้พลังงานมาก ลักษณะอ้วนผิดปกติจะยิ่งเพิ่มปัญหามากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด และโรคข้ออักเสบ ได้มีผู้พยายามศึกษาหาตารางมาตรฐานเรื่อง น้ำหนัก ส่วนสูง ของผู้สูงอายุ การศึกษายังพบปัญหาไม่สามารถจัดกระทำได้อย่างเป็นมาตรฐาน ด้วยเหตุผลคือ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างมากและรวดเร็ว และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างมากและรวดเร็ว การจัดทำตารางมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง จึงเป็นเรื่องที่จะต้องใช้ความละเอียด รอบคอบอย่างมาก

ความดันโลหิต

ภาวะการมีความดันโลหิตสูงและภาวะการมีความดันโลหิตต่ำกว่าปกติของผู้สูงอายุเป็นภาวะที่บุคลากรด้านสุขภาพต้องมีความรู้ความเข้าใจ ภาวะความดันโลหิตต่ำของผู้สูงอายุ อาจเกิดจากภาวะผิดปกติทางสุขภาพต่าง ๆ อาทิ ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ภาวะโลหิตจาง (Anemia) หรืออยู่ในระหว่างการได้รับยา ภาวะเหล่านี้จะสังเกตพบว่า ผู้สูงอายุจะมีการหน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นลม หรือหกล้มเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ โดยเฉพาะจากท่านั่งหรือนอนเป็นท่านยืน ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติของผู้สูงอายุมักจะพบเสมอ โดยเฉพาะความดันไดแอสโตลิก เหตุผลที่ใช้อธิบายก็คือ การมีเส้นเลือดแข็งตัว (Sclerosis) และบางกรณีอาจพบว่า ขนาดที่ไม่เหมาะสมของผ้ารัดแขนผู้สูงอายุของเครื่องวัด (Cuff) เป็นสาเหตุของการวัดความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าปกติ การศึกษาได้ยืนยันว่า ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดนี้เกิดเอง (Essential or Primary Hypertension) จะเกิดก่อนอายุ 55 ปี แต่ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดกับผู้มีวัยตั้งแต่ 60 ปี ที่พบมากคือ สาเหตุมาจากโรคของไตเอง (Renovascular Disease)

อุณหภูมิ (Temperature)

อุณหภูมิร่างกายของผู้สูงอายุจะแปรปรวนมากกว่าบุคคลวัยผู้ใหญ่ อุณหภูมิที่แปรปรวนพบได้ทั้งที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ ภาวะอุณหภูมิร่างกายที่ต่ำกว่าปกติมักเกิดจากต่อมธัยรอยด์ชั้นน้ำค้ำหลังน้อย (Hypothyroidism) โลหิตมีน้ำตาลน้อย (Hypoglycemia) การทำงานที่ผิดปกติของไฮโปทาลามัส และระบบประสาทกลาง ข้อเสนอนี้มาจากผู้รู้คือ ในสถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุจะจัดหาเครื่องมือวัดอุณหภูมิที่ต่ำเป็นพิเศษ (Special low temperature thermometer) ไว้ด้วย ในทางตรงข้ามภาวะอุณหภูมิร่างกายของผู้สูงอายุสูงกว่าปกติมักพบว่าจะเกิดร่วมกันกับภาวะผิดปกติอื่น ๆ เช่น การอักเสบในช่องท้อง เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Endocarditis) วัณโรค เนื้ออกของเซลล์น้ำเหลือง (Lymphoma) โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันแท้หลอดเลือดแดงอักเสบ (Giant Cell Arteritis) ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) และมีการอักเสบร่วมด้วย

ชีพจร (Pulse)

จากการศึกษายังไม่ได้คำตอบชัดเจนว่า จังหวะการเต้นของชีพจรหรือการอัตราการเต้นของหัวใจในระยะใดจะมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่มากขึ้น และการเต้นของหัวใจของผู้สูงอายุเมื่อมีการออกกำลังกาย (Exercise) นั้นเป็นอย่างไร

การหายใจ (Respiration)

การศึกษาพบว่า ภาวะปกติของผู้สูงอายุ คือ ประมาณ 16-25 ครั้งต่อนาที หากพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการหายใจเร็วกว่านี้ ถือว่าเป็นอาการแสดงของความผิดปกติที่สำคัญ ซึ่งไม่ควรเพิกเฉย ควรจะต้องมีการสังเกตและตรวจสอบให้ชัดเจนว่ามีอาการไอ หรืออย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบค่าแปรปรวนได้สูง ค่า BUN, Creatinin และ Alkaline Phosphatase จะสูงกว่าปกติเล็กน้อยจากการลดลงของการไหลเวียนของเลือดในไต และการกรองที่กลุ่มเส้นเลือดที่ไตลดลง นอกจากนี้ปริมาณน้ำตาลในเลือดอาจตรวจพบว่าสูงกว่าปกติ แต่จะพบว่าการตรวจหาปริมาณเม็ดโลหิตแดง (Erythrocyte) สีของหน่วยโลหิตแดง

(Haemoglobin) และปริมาณฮีมาโตคริตจะมีปริมาณลดลงเสมอ ซึ่งผู้ดูแลจะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่มิให้ปริมาณลดลงจนเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตปกติของผู้สูงอายุ

ผิวหนัง (Skin)

ผิวหนังของผู้สูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะคือ บางและใส เนื่องจากใต้ผิวหนังมีการสูญเสียไขมัน มีรอยย่นเนื่องจากผิวหนังมีการสูญเสียความยืดหยุ่น ความไวของผิวหนังลดลงเนื่องจากมีการลดจำนวนของเซลล์สีของผิวหนัง (Melanocyte) ปฏิกริยาตอบโต้ (Reflex) ในการหดและขยายตัวของหลอดเลือดลดลงด้วย นอกจากนี้ต่อมที่ทำหน้าที่ผลิตสารน้ำที่ไม่มีเซลล์ (Eccrine Gland) ต่อมผลิตสารน้ำที่มีเซลล์ (Apocrine Gland) และต่อมขับไขมันหล่อลื่น (Sebaceous Gland) จะฝ่อ ทำหน้าที่ลดลง จะพบว่าผู้สูงอายุมีผมร่วง ผมเปลี่ยนสี มีขนบริเวณผิวหนัง เล็บจะเหลืองและหนา บางกรณีเป็นเร็ว ๆ ปัญหาทางผิวหนังของผู้สูงอายุที่พบมากคือ เม็ดหนองตามประสาทหรือเรียกว่า งูสวัด (Herpes Zoster) การติดเชื้อรา (Candidiasis) ซึ่งจะพบมากบริเวณปากและผิวหนัง นอกจากนั้นยังพบ หูดหรือตุ่มแข็งกระด้างบนผิวหนัง (Keratosis) และผิวหนังอักเสบ (Dermatitis) ซึ่งมักพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเครียด ขาดอาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำ และการไหลเวียนกลับของโลหิตดำไม่ดี จะเกิดอาการผิวหนังอักเสบได้ง่าย อาการคันรุนแรง (Pruritis) บริเวณทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์หญิง จะพบมากในผู้สูงอายุที่มีอาการแพ้สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี ผิวหนังแห้ง เป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โรคเลือด และโรคจิตประสาท

การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ใช่การเกิดโรค ได้แก่ 1) ผิวหนังแห้ง (Xerosis) ผิวหนังแห้ง คัน มีลักษณะเป็นเกล็ดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณขา 2) เนื้อยืดหยุ่นเสื่อมจากแสงแดด (Solar Elastosis) ผิวหนังเป็นรอยย่นยับ เหนียว เปรียบเหมือนหนัง ปุ่มข้อย่อยเล็ก ๆ บนใบหน้าหนาขึ้น 3) ฝ้า (Senile lentiginos) เป็นจุดด่างบนใบหน้า 4) ก้อนเนื้อเล็ก ๆ บริเวณคอ เปลือกตา (Acrochordon) เป็นตุ่มเล็ก ๆ ประมาณ 1.5 มม. ลักษณะนุ่ม สีเหมือนผิวหนังทั่วไป อยู่ตามบริเวณคอ เปลือกตา ลำตัว และรักแร้ 5) หูด (Keratosis) ผิวหนังส่วนนอกแข็งกระด้างอย่างผิดธรรมชาติ 6) ผิวหนังเป็นจุด (Senile Purpura) ตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย มีลักษณะเป็นจุด ๆ หรือเป็นดวงจากโลหิตคั่งภายหลังการได้รับกระทบกระแทกเล็ก ๆ น้อย ๆ 7) เนื้องอกเส้นโลหิตฝอย (Senile Angioma, Telangiectasia) เป็นตุ่มเกิดจากเส้นโลหิตฝอยพองขยาย มักพบบริเวณลำตัว 8) ตุ่มคล้ำบนผิวหนัง (Venous

lakes) เป็นตุ่มแบน ๆ เล็ก ๆ สีคล้ำบนหลังมือ หู ริมฝีปาก ตุ่มจะหายไปเมื่อยกกด และ

9) ผิวหนังหนาและต้าน (Lichenification) ผิวหนังส่วนใดส่วนหนึ่งหนาและต้าน มักเกิดจากการถู หรือ กัดขยี้เป็นประจำนาน ๆ

การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเป็นโรค ได้แก่ 1) ผิวหนังอักเสบ (Seborrheic Dermatitis) เป็นลักษณะผิวหนังที่มีอาการแดง ร้อนจากการอักเสบ มักพบบริเวณหน้า หน้าอก และบริเวณขาหนีบ 2) ขี้เรื้อนกว้าง (Psoriasis) เป็นโรคผิวหนังชนิดหนึ่ง ลักษณะเป็นเกล็ดเป็นหย่อม ๆ สีแดงบริเวณหนังศีรษะ อวัยวะสืบพันธุ์ ละคือ ข้อศอก ข้อเข่า หรือแม้แต่บริเวณเล็บซึ่งจะมีลักษณะหนา สีเหลือง 3) การติดเชื้อรา (Candidiasis) การติดเชื้อรา *Candida Albicans* 4) ขี้กลาก (Tinea) โรคผิวหนังซึ่งเกิดจากเชื้อรา *Trichophyton* หรือ *Microsporum* มีหลายชนิด อาจพบบริเวณหน้า คอ หนวดเครา หนังศีรษะ ลำตัว แขนขา ส่วนต้นขาต้านใน ลักษณะอาจเป็นวง ๆ สีแดงเรื่อ หรือมีสะเก็ดสีเหลือง 5) งูสวัด (Herpes Zoster) เป็นตุ่ม พวง ปรากฏตามรอยเส้นประสาท 6) โรคผิวหนังซึ่งมีเม็ดพองโต (Bullus Pemphigoid) เป็นเม็ดพองบริเวณลำตัว แขนขา หรือในปาก อาจพบร่วมกับอาการคันรุนแรง (pruritis) 7) มะเร็งของเซลล์เยื่อผิว (Basal Cell Carcinome) ลักษณะตุ่มกลม ๆ เรียบ หัวดำตรงกลาง มักพบบริเวณหน้า คอ หน้าอกส่วนบน แขน และข้อมือ 8) มะเร็งของเซลล์ Squamous (Squamous Cell Carcinome) ลักษณะร้อน แดง เป็นตุ่มคล้ายหูด มักพบบริเวณมือ แขน หู คอ หน้า หรือบริเวณอื่น ๆ 9) แผ่นฝ้าบนผิวหนัง (Leukoplakia) เป็นแผ่นฝ้าขาว มักพบบริเวณแก้ม ลิ้น เหงือก อาจเป็นอันตรายร้ายแรงถึงขั้นเป็นมะเร็งได้ และ 10) มะเร็งของเซลล์ Melanin-pigmented เป็นก้อนเนื้อซรุขระ หนา สีต่าง ๆ ขนาดก้อนโตไม่เกิน 1 ซม. เกิดมาจากเซลล์เมลานิน

ตา

ปัญหาเรื่องตาของผู้สูงอายุที่พบเสมอ ได้แก่ การมองไม่ชัด (Loss of visual acuity) การมองใกล้ไม่เห็น (Presbyopia) ซึ่งเกิดจากเลนส์ขาดความยืดหยุ่น และเลนส์เปลี่ยนแปลง ทำให้เลนส์ขุ่น การมองไม่เห็น (Blindness) จากต่อกระจก ต้อหิน จอตาเสื่อม จากโรคเบาหวาน นอกจากนั้นก็มีพบความผิดปกติอื่น ๆ ได้แก่ การปรับสายตา เช่นปรับจากสว่างไปมืดช้าลง การรับรู้ต่อสีไม่ดี น้ำตาไหล หรือตาแห้ง และเปลือกตาม้วนเข้าข้างใน (Entropion) จากกล้ามเนื้อตาอ่อนแรง

หู

ปัญหาเรื่องหูของผู้สูงอายุที่พบเสมอได้แก่ การมีเสียงดังในหู (Tinnitus) อาการรู้สึกหมุน (Vertigo) ซึ่งอาจจะมีสาเหตุจากโรคของตาและของสมองหรือว่าตาไม่เหมาะสมก็ได้ อาการเจ็บข้างในและรอบ ๆ หู (Otitis) อาจจะมีสาเหตุจากการติดเชื้อของฟัน ฟันปลอมไม่ดี ไม่ได้ใส่ฟันปลอม หรือ การทำงานไม่เป็นปกติของข้อต่อระหว่างขาบนและขากรรไกรล่าง (Temporomandibular Joint Dysfunction) นอกจากนี้ก็อาจจะมีคามผิดปกติอื่น เช่น มีก้อนในหู หรือ มีแผลในหู เป็นต้น ส่วนการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุนั้นอธิบายได้ว่า มีผลมาจากเหตุหลายประการ เช่น มีการสูญเสียในส่วนของช่องหูภายในส่วนที่เป็นวง ๆ (Cochlea) การพ่อตัวของ Cochlea และมีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อเยื่อส่วนที่เกี่ยวกับการนำเสียง

บริเวณคอ

โรคที่พบเสมอที่ทำให้บริเวณคอผิดปกติ ได้แก่ ข้อต่อบริเวณคออักเสบ (Cervical Osteoarthritis) เส้นเลือดแดงคารอติดอักเสบ (Carotid Arteritis) ผู้สูงอายุจะเป็นเจ็บบริเวณคอต้านอกเสบขณะกินน้ำหรืออาหาร และโรคความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ (Thyroid Disorder)

เต้านม

มะเร็งเต้านมพบเสมอในผู้สูงอายุ การตรวจวิเคราะห์ที่ดีที่สุดคือ การตรวจด้วยแสง (Mammogram) การตรวจด้วยวิธีการพิจารณา รูปร่าง การคลำ และการดูบริเวณหัวนมว่ามีการบวมหรือไม่ เหล่านี้ก็สามารถจะประเมินได้

ปอด

ปัญหาทางปอดที่พบในผู้สูงอายุเสมอก็คือ อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) อาการหายใจลำบากอาจจะเกิดจากโรคหัวใจล้มเหลว โรคของปอดเอง ผนังหน้าอกไม่ปกติ อาการโลหิตจาง หากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บหน้าอก (Chest Pain) ให้นึกถึงโรคปอดอักเสบ ซึ่งพบได้มากจากความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหน้าอกที่จะพยายามจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากบริเวณทางเดินหายใจ หากพบอาการไอเป็นเลือด (Haemoptysis) ให้นึกถึงวัณโรคปอดและมะเร็งปอด ผู้สูงอายุจะไม่

แสดงอาการทางปอดได้ ๆ เลยกี่ได้ แต่จะแสดงอาการทางอ้อมอื่น ๆ ของโรคปอด ซึ่งได้แก่ อาการหนาวสั่น ไอเล็ก ๆ น้อย ๆ ความสามารถทางสมองค่อย ๆ ลดลง ซึ่งการขาดน้ำ (Dehydration) เบื่ออาหาร เป็นกังวล มีไข้ต่ำ ๆ สุขภาพทรุดลง น้ำหนักลด อาการเหล่านี้ อาจแสดงถึงวัณโรคปอด หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ซึ่งได้แก่ กลุ่มโรค 3 โรค คือ หอบหืด ทางเดินหายใจอักเสบ และโรคถุงลมโป่งพอง ประวัติของผู้ป่วยที่สำคัญและมีผลอย่างมากต่อโรคของปอด คือ ประวัติการสูบบุหรี่ จากสถิติพบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์สูงมาก กับโรค COPD มะเร็ง และโรคความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ

ระบบไหลเวียนโลหิต

จากการศึกษาพบว่า โครงสร้างหัวใจจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อคนมีอายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่พบคือ กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนลงและขาดความยืดหยุ่น ลิ้นหัวใจจะหนาขึ้น เส้นเลือดแดงที่ออกจากหัวใจจะมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้เส้นเลือดแข็งกระด้าง ซึ่งเรียกว่า มีลักษณะ Arteriosclerosis นอกจากนั้นเส้นเลือดแดงยังมีลักษณะ Atherosclerosis คือสะสมวัตถุจำพวกไขมันในผนังชั้นในสุดของเส้นเลือดแดง ซึ่งทำให้หลอดเลือดตีบ แคบ เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ประสาทรับรู้ต่อความดันของเลือดที่เรียกว่า Baroreceptor จะลดความไวต่อการรับรู้ลงด้วย ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบไหลเวียนที่พบเสมอในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการเจ็บบริเวณขา ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง อาการบวมบริเวณส่วนปลายของร่างกาย คือขาและเท้า ซึ่งเกิดจากหัวใจห้องขวาล้มเหลว การขาดโปรตีนในเลือด โรคตับ หรือ เส้นเลือดดำบริเวณขาอุดตัน ซึ่งอาการเส้นเลือดดำบริเวณขาอุดตันมักจะพบลักษณะ เส้นเลือดดำบริเวณขาโป่งพอง ผิวหนังเย็น มีสีคล้ำ และมีอาการบวมบริเวณข้อและเท้า

ระบบทางเดินอาหาร

ในผู้สูงอายุจะพบว่า การหลั่งของน้ำลายลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง กล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรง ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุไม่มีฟันจึงไม่ได้รับประทานอาหารประเภทผักหรืออาหารที่มีกาก สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุท้องผูกได้ง่าย นอกจากนี้ระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างอื่น ๆ อีก เช่น มีการดูดซึมธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 และฟอสเฟตลดลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการโลหิตจาง (Anemia) และมีมุมปากแตกเป็นแผลไหม้ (Cheilosis) ปัญหาอื่น ๆ ของระบบทางเดินอาหารที่อาจพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีก้อนในช่องท้อง ก้อนนี้อาจจะ

เป็นมะเร็ง หรือก่อนที่เกิดจากการอุดตันของอุจจาระจากอาการท้องผูกก็ได้ อาการเจ็บในท้อง อาจเกิดจากการมีนิ่วในถุงน้ำดีหรือเป็นโรคของถุงน้ำดีก็ได้ มะเร็งของลำไส้ใหญ่ และมะเร็งของทางเดินอาหารอาจตรวจสอบได้แต่เนิ่น ๆ จากการตรวจเลือดในอุจจาระ (Occult Blood) หากพบว่ามีเลือดปนในอุจจาระก็ตรวจซ้ำด้วยการส่องกล้อง (Sigmoidoscope)

ระบบทางเดินปัสสาวะ

ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับอวัยวะของระบบอื่น ๆ ในผู้สูงอายุหญิงจะพบว่า การหลังฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง เป็นผลทำให้ชนและไขมันบริเวณหัวเหน่าลดลง ต่อมาโกลินหลังน้ำเมือกลดน้อยลงและมีฤทธิ์เป็นด่างมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้องูบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ได้ง่ายมาก นอกจากปัญหาของผู้สูงอายุหญิงที่เป็นผลมาจากการหลังฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงแล้ว ปัญหาอื่น ๆ เช่น กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานที่หย่อนยานลง กระเพาะปัสสาวะหย่อน (Cystocele) และจุน้ำปัสสาวะได้น้อยลง รั่วคั่งโป่งเป็นถุง (Rectocele) และมดลูกที่หย่อนยาน สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) ในผู้สูงอายุหญิงการมีเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุหญิงอาจจะมีปัญหาจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน จากการใช้และมีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชาย ได้แก่ การมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะกระปริดกระปรอย เจ็บ หรือถ่ายปัสสาวะเป็นเลือดหรือถ่ายปัสสาวะไม่หมด โรคมะเร็งของต่อมลูกหมากเป็นโรคที่พบได้มากในผู้สูงอายุชาย อายุเฉลี่ยการพบมะเร็งของต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย คือ 73 ปี ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์นับเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่ง สาเหตุของปัญหานี้ทั้งปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางร่างกาย ได้แก่ ขนาดขององค์ชาติลดลง เนื่องจากเลือดไปหล่อเลี้ยงน้อยลง การรับรู้ความรู้สึก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เชิงกรานตลอดจนแรงพุ่งของแรงฉีดน้ำกามทุกอย่างจะลดลงกว่าปกติ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุชาย ทำให้เกิดความกังวลต่อการมีเพศสัมพันธ์

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

การศึกษาพบว่า เมื่อบุคคลย่างเข้าวัย 30-40 ปี จะเริ่มมีการสูญเสียมวลกระดูก จะเห็นได้จากฟันเริ่มสึกหรอ มีการคดงอของแผ่นระหว่างกระดูกสันหลัง (Shrinkage of Intervertebral Disc) มีการยุบตัวของกระดูกสันหลัง เข้ามีการเสียรูปคือโค้งงอเข้า ทำให้

การเดินมีฐานแคบและเดินไม่มั่นคง กระดูกต้นขามีการเปลี่ยนแปลงคือบิดหรือโค้งออก ปัญหาที่พบเสมอเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม 1 โรคและความผิดปกติของข้อ เช่น กระดูกข้ออักเสบ (Osteoarthritis) โรคปวดตามข้อ (Rheumatoid Arthritis) โรคเก๊าท์ที่มีอาการปวดบวมตามข้อ ข้ออักเสบจากการติดเชื้อ (Septic Arthritis) กลุ่มที่ 2 โรคและความผิดปกติของกล้ามเนื้อ

หน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้มีการศึกษาค้นคว้า สร้างเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาค้นคว้า เครื่องมือที่ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้สร้างขึ้น พบว่า มีเครื่องมือดังนี้ 1) Chula Activity Daily Living ประเมินเกี่ยวกับการเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาด ถูบ้าน/ซักผ้าเช็ดผ้า การทอนเงิน/แลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว เครื่องมือมีคะแนนช่วง 0-9 คะแนน และเครื่องมือจะบอกความสามารถที่ผู้สูงอายุทำอยู่ได้จริงในแต่ละเรื่อง 2) Chula Mental Test เครื่องมือประเมินโดยใช้คำถามเกี่ยวกับ อายุ เวลา เตือน ให้บอกสิ่งของ ให้บอกบุคคล บอกข้อเท็จจริงบางอย่างที่ควรรู้ บอกความหมายของสุภาษิต ให้นับเลข และให้บอกวิธีแก้ปัญหา เครื่องมือมีคะแนนช่วง 0-19 หากนำไปทดสอบผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 15 แสดงว่าน่าจะมีคามผิดปกติของเข่าว่าปัญหา 3) Geriatric Depression Scale เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คำถามที่ถามจะครอบคลุมเรื่องความรู้สึกในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับ ความสุข ความพอใจ ความสุขใจ ความกลัวปัญหา และพลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ เครื่องมือมีช่วงคะแนน 0-15 การประเมินถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 5 ลงมาแสดงว่า ผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาซึมเศร้า

ในปี 1982 อาจารย์และนักศึกษายานบาลหลักสูตรปริญญาเอกของ School of Nursing, University of Illinois At Chicago คือ McElmurry, Egen และ Glass ได้สร้างเครื่องมือสัมภาษณ์ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เครื่องมือสัมภาษณ์ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เรื่องต่าง ๆ คือ ข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพโดยทั่วไป กิจกรรมประจำวัน อาหาร การเคลื่อนไหว การเจ็บป่วยในอดีต การได้รับยา ระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เครื่องมือประเมินชุดนี้ นับว่าเป็นเครื่องมือที่ดี วัดได้ละเอียดครอบคลุม เหมาะสำหรับประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สามารถตอบได้และสื่อสารได้

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัย เครื่องมือและวิธีประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สรุปว่าในการศึกษาวิจัยเนื้อหาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใคร่สรุปว่าในการศึกษาวิจัยเนื้อหาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชุมชนและสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุในงานวิจัย การพัฒนาและเลือกใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง ผู้วิจัยตัดสินใจพัฒนาและเลือกเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด 6 ชุด ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้เรื่องทฤษฎีสูงอายุ แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของเมจอร์รี่ กอร์ดอน และการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นกรอบแนวคิดสำคัญของการพัฒนาและเลือกใช้เครื่องมือ

โดยสรุปเครื่องมือวิจัยมีดังนี้

ในชุมชนผู้สูงอายุ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเรื่องการได้รับบริการการพยาบาล

ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบรายการต่าง ๆ ในสถานสงเคราะห์

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับเซาวิปัญหของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความلامารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 5 แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมินวอล คริลอาด (2533) ได้ศึกษาปัญหาผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมาก คือ ปัญหาสุขภาพและปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพที่พบคือ โรคกระดูก และการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคที่ทำให้เกิดการเสียดัด คือ หมาก บุหรี่ และสุรา และพบว่า ภาวะสุขภาพจิตและเซาวิปัญหามีความสัมพันธ์ เป็นปฏิภาคกับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีอายุยืนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 คือ สุขภาพจิต รองลงมาคือ พฤติกรรมการบริโภคและปัจจัยทางด้านพันธุกรรม

พรทิพย์ ชลิ่งสุทธิ (2533) ศึกษาปัญหาและความต้องการของคนชราในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ในแง่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการประเมินค่าตนเองของคนชรา พบว่า ปัญหาสุขภาพกาย คือโรคปวดข้อ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเวียนศีรษะ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเพราะว่าปรับจิตใจให้ยอมรับสภาพตนเองและยอมรับว่าวาระสุดท้ายของชีวิตคือความตาย ในแง่ความต้องการพบว่าผู้สูงอายุต้องการอยู่กับลูกหลาน ให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ ในด้านการประเมินค่าตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มที่มองตนเองมีคุณค่าจะมีความมั่นใจในการเผชิญชีวิตรวมทั้งมีความพอใจและยอมรับสภาพของตนเอง

สำเนาวี เรื่องยศ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีอายุระหว่าง 60-84 ปี จำนวน 71 คน ในเขตอำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าอัตมโนทัศน์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วชิราภรณ์ ลุมเวงค์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จ. เชียงใหม่ จำนวน 136 คน พบว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในระดับต่ำ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามลักษณะของสภาพผิวหนัง สภาพการได้ยิน สภาพการมองเห็น ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท พบว่าระบบที่อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ถึงร้อยละ 86.1 ซึ่งได้แก่ ปวดเมื่อยตามข้อ ข้ออักเสบ และหมอนรองข้อกระดูกทับเส้นประสาท รองลงมาได้แก่ สภาพการมองเห็นไม่ดี คือร้อยละ 63.2 ได้แก่ ต้อกระจก สายตาวาว ต้อหิน ตาบอด นอกจากนี้ พบว่า ประชากรที่ศึกษา มีสุขภาพแข็งแรงดีเพียงร้อยละ 14.7 ที่เหลืออีกร้อยละ 85.3 มีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง คือ มีโรคประจำตัว ตั้งแต่ 1-4 โรค โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคข้อเสื่อม รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเกาต์ ตามลำดับ เกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ พบว่า ปัญหา

ที่พบมากที่สุดคือ กลืนน้ำสภาวะไม่ได้พบร้อยละ ๑๒ รองลงมาคือ ปัสสาวะกระปริดกระปรอย ร้อยละ 2๑ ปัญหาที่พบมากที่สุดขณะอยู่ในสภานลงเคราะห์คนชรา ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ นมถึงร้อยละ 22.๑ รองลงมาคือ ปัญหาการอยู่ร่วมกันมีร้อยละ ๑.๒๒

ฟรอม และคณะ (From M.A. et.al, 1993) ได้ทำการศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และความสามารถทางการใช้สติปัญญา (Cognitive function) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 22 ราย ซึ่งมีอายุระหว่าง 68-89 ปี โดยใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาที่เรียกว่า MMSE, CVLT และ HVOT เครื่องมือดังกล่าวสามารถวัดได้ถึงความสามารถในการจำ spatial relationship การระลึกได้หรือการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ภาษา และยังใช้เครื่องมือ GDS สำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งผลการศึกษานพบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นมากเท่าใด ความสามารถเกี่ยวกับการใช้สติปัญญา จะเริ่มลดลงเรื่อย ๆ แต่ภาวะซึมเศร้าจะไม่สัมพันธ์กับอายุหรือเรื่องทางการเรียนรู้ทางสติปัญญา

โอลสัน (Olson, M. 1993) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of life.) ของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๒ คน ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ผลการศึกษานพบว่า ตัวทำนายเกี่ยวกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การมีภาวะสุขภาพที่ดี คุณภาพของการพยาบาลที่ดี การมีผู้ที่ใกล้ชิดไว้ใจได้ การที่มีชีวิตอยู่อย่างโดยเตี้ยมาก่อน การพึ่งพาระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในบ้านพักคนชรา และการมีเพื่อนร่วมห้อง โดยสรุปแล้วการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจะต้องประกอบไปด้วย สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล การดูแลสุขภาพ (โดยเฉพาะพยาบาล) ภาวะสุขภาพที่ดี การมีอำนาจในตน (Autonomy) มีความมั่นคง ภาวะความเป็นอยู่ และเรื่องทางเศรษฐกิจ ส่วนประกอบเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาเรื่อง "การจัดการสวัสดิการสังคมในชมรมผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร" โดยพฤตินันท์ เหลืองใหญ่ชัย วิทยานิพนธ์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี ๒๕๑๒ ได้ศึกษาชมรมผู้สูงอายุ 3 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุมูลนิธิวิชัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุโดยทั่วไปยังมีปัญหามากที่สุดทั้งในด้านของสถานที่ตั้งชมรม เงินทุน หน่วยงาน หรือองค์กรที่ฐานรองรับและสนับสนุน ตลอดจน

คณะกรรมการดำเนินการ เป็นต้น ทำให้การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชมรมยังไม่กว้างขวาง แนวโน้มของการจัดกิจกรรมในอนาคตจะเน้นการจัดกิจกรรมโดยสถาบันหลัก 2 สถาบัน ได้แก่ สถาบันครอบครัว และชุมชน สถาบันครอบครัวจะมีการส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุให้แก่สมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ส่วนในเรื่องของชุมชนนั้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชนตามความถนัดและความสนใจ

ณฤดี โทตาม ศึกษาวิจัยเรื่อง "แนวทางการจัดบริการหน่วยบริการเคลื่อนที่แก่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร" วิทยานิพนธ์คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปี 2534 ได้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งสองห้อง เขตบางเขน ดังนี้ คือ ผู้สูงอายุภายในชุมชนทั้งสองห้องมีความกระตือรือร้น และสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐจัดขึ้นเป็นอย่างมากแต่บางครั้งเกิดอุปสรรคจากการเดินทาง จึงทำให้ไม่สามารถไปรับบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นภายในหน่วยงานนั้น และหากจะมีการนำหน่วยงานบริการเคลื่อนที่มาให้บริการ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะให้ความสนใจลักษณะบริการแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Services) ที่รวมการบริการต่าง ๆ ไว้เป็นหน่วยเดียวกัน และหากจะบริการเคลื่อนที่ดังกล่าวต้องประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุและชุมชนทราบถึงบริการของหน่วยด้วย

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยสำรวจครั้งนี้มีกิจกรรมดำเนินการดังนี้

ประชากรและตัวอย่างประชากร

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษามี 2 ประเภท คือ

1.1 ผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐบางในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนศึกษาเฉพาะภาคกลาง (เหตุผลเพราะว่าการจัดตั้งชมรมภาคเอกชนในอีก 3 ภาค มีน้อยหรือไม่มีเลย)

1.2 ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ หน่วยงานภาครัฐบางในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนศึกษาเฉพาะภาคกลาง

ตารางจำนวนประชากรแสดงไว้ในตารางที่ 1

2. ตัวอย่างประชากร

ผู้วิจัยได้ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุทั้ง 2 ประเภท ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling Techniques) ดำเนินงานด้วยการนิจการศึกษาสถานสงเคราะห์ฯ เป็นขั้นแรกด้วยเหตุผลว่าสถานสงเคราะห์ฯ เป็นสถานบริการที่มีจำนวนผู้สูงอายุและมีสถานที่ตั้งแน่นอนกว่าชมรมฯ ซึ่งชมรมฯ จะมีจำนวนผู้สูงอายุและสถานที่ตั้งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

การดำเนินงานมีขั้นตอน โดยละเอียดดังนี้

2.1 นิจการศึกษาสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

นิจการศึกษาจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ฯ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 1,709 คน (สำรวจ ณ วันที่ 15-28 เมษายน 2536)

2.1.1 ประมวลผลการจำนวนตัวอย่างประชากร 268 คน คิดเป็นประมาณร้อยละ 15 ของประชากรจากสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย จะนำจะเป็นจำนวนพอเหมาะสำหรับการรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ สัมผัส และการตรวจร่างกาย

2.1.2 กำหนดสัดส่วนตัวแทนสถานสงเคราะห์ จำแนกตามภาค คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ด้วยการกำหนดว่า

ภาคที่มีสถานสงเคราะห์ 1-2 แห่ง จะส่งมา 1 สถานสงเคราะห์

ภาคที่มีสถานสงเคราะห์ 3-4 แห่ง จะส่งมา 2 สถานสงเคราะห์

ภาคที่มีสถานสงเคราะห์ 5-6 แห่ง จะส่งมา 3 สถานสงเคราะห์

2.1.3 ทำการส่งตัวแทนสถานสงเคราะห์ของแต่ละภาคด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย

2.1.4 ตัวแทนสถานสงเคราะห์ หน่วยงานภาคเอกชนภาคกลาง ได้กำหนดให้บ้านคนชรามูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์จังหวัดปทุมธานีและสถานพักฟื้นคนชรากันบางเขน กรุงเทพมหานคร เป็นตัวอย่างประชากรด้วยเหตุผลของลักษณะประชากรผู้สูงอายุมีหลากหลาย ความร่วมมือของสถานสงเคราะห์ฯ และความเป็นไปได้ของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.5 ได้จำนวนสถานสงเคราะห์ทั้งสิ้น 9 แห่ง กำหนดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ละ 29 คน

2.2 นิยามประชากรผู้สูงอายุ

ประมาณการว่าจำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุที่รับบริการในชมรมที่มีมากกว่าจำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานสงเคราะห์ฯประมาณร้อยละ 20 น่าจะเป็นจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์

2.2.1 คำนิยามจำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุที่รับบริการในชมรมฯ ได้ 312 คน

2.2.2 กำหนดชื่อชมรมผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดแต่ละภาคให้ เป็นตัวอย่างประชากรโดย

1) กำหนดให้ชมรมฯ ในจังหวัดเดียวกันกับตัวอย่างประชากรสถานสงเคราะห์ฯ เป็นตัวอย่างประชากรชมรมฯ

2) คัดเลือกชมรมของแต่ละจังหวัดให้ เป็นตัวอย่างประชากรชมรม โดยพิจารณาถึงความร่วมมือ ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีหลากหลาย ความร่วมมือและความเป็นไปได้ของการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ได้จำนวนชมรมฯ ทั้งสิ้น 9 แห่ง กำหนดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุชมรมละ 35 คน

จำนวนตัวอย่างประชากรทั้ง 2 ประเภทที่สามารถเก็บข้อมูลได้จริง แสดงไว้ใน ตารางที่ 2

การดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย

ในชมรมผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมี 1 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์การได้รับการบริการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัยมี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การได้รับการบริการพยาบาล 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 30 ข้อ และด้านที่ 2 การจัดการทางการพยาบาล จำนวน 12 ข้อ แบบสัมภาษณ์เป็นข้อความถามผู้สูงอายุว่าแต่ละรายการผู้สูงอายุได้รับการบริการหรือไม่ได้รับการบริการ

ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด

ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบรายการสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

เครื่องมือชุดนี้ต้องการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานสงเคราะห์ เป็นแบบตรวจสอบรายการเกี่ยวกับ 1) การบันทึกรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2) เครื่องมืออุปกรณ์จำเป็นที่ใช้ภายในสถานสงเคราะห์ฯ 3) สภาพอาคารสถานที่ 4) สักส่วนของพยาบาลต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ทั้งหมด (รวมพยาบาลและผู้ดูแล) ต่อผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับความรู้ปัญญาของผู้สูงอายุ

ประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามถึง สถานที่ ความจำ และความสามารถในการคิดคำนวณของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน แบ่งระดับความรู้ปัญญาออกเป็น 4 ระดับ คือ

- คะแนน 8-10 เซาว์ปัญญาอยู่ในระดับปกติ
 คะแนน 6-7 เซาว์ปัญญาอยู่ในระดับมีปัญญาเล็กน้อย
 คะแนน 3-5 เซาว์ปัญญาอยู่ในระดับมีปัญหามาก
 คะแนน ๑-2 เซาว์ปัญญาอยู่ในระดับมีปัญหามาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามถึง ความรู้สึก และความพอใจต่อชีวิตและ
 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน แบ่งระดับความ
 ซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ

- คะแนน 15-20 ไม่มีปัญหาซึมเศร้า
 คะแนน 12-15 มีปัญหาซึมเศร้าเล็กน้อย
 คะแนน 5-11 มีปัญหาซึมเศร้าปานกลาง
 คะแนน ๑- 4 มีปัญหาซึมเศร้ามาก

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการ

สอบถามกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง มิใช่ถามว่า
 สามารถทำได้หรือไม่ แบบประเมินประกอบด้วยแบบวัด 6 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนน ๑, 1, 2 ตาม
 ระดับความสามารถช่วยเหลือตนเอง แบ่งระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองจากแบบวัดทั้ง 6 ข้อ
 เป็น 4 ระดับ

- คะแนน ๑-2 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย
 คะแนน 3-5 สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย
 คะแนน 6-8 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
 คะแนน 9+ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีมาก

ชุดที่ 5 แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
เครื่องมือมี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบตรวจ
ร่างกายและสัมภาษณ์ในหัวข้อต่อไปนี้ 1) สุขวิทยาส่วนบุคคล 2) ความต้องการการพยาบาล
ที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย
ระบบต่าง ๆ คือ ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ระบบกระดูกและข้อ อวัยวะสืบพันธุ์ชาย
หญิง ระบบต่อมไทรอยด์ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบหายใจ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ
และระบบทางเดินอาหาร

การสร้างเครื่องมือวิจัย

ในชมรมผู้สูงอายุ

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์การ ได้รับการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
การสร้างเครื่องมือวิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร งานวิจัย กำหนดขอบเขตการพยาบาลสำหรับ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
2. กำหนดขอบเขตการพยาบาลเป็น 2 ลักษณะ คือ การปฏิบัติการ
พยาบาลและการจัดการทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล
ที่มุ่งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ ส่วน
การจัดการทางการพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมิน
ผลการปฏิบัติการพยาบาล
3. ยกร่างแบบสัมภาษณ์ ได้ข้อความแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการพยาบาล
จำนวน 30 ข้อ และการจัดการทางการพยาบาล จำนวน 12 ข้อ
4. ตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ และกำหนดเกณฑ์ตัดสิน
ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีารับบริการ ในชมรมผู้สูงอายุ โดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ
(รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก)

5. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสตึก จ. ชลบุรี จำนวน 29 คน ครั้งแรก และครั้งที่ 2 ห่างกัน 1
สัปดาห์ วิเคราะห์ความเที่ยงหาค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าดังนี้

การปฏิบัติกรพยาบาล = 0.979

การจัดการทางการแพทย์ = 0.745

ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบรายการสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร เรื่องสถานสงเคราะห์คนชรา ของกรมประชาสงเคราะห์
กระทรวงมหาดไทย ศึกษาดูงานสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย และ
สถานสงเคราะห์ภาคเอกชน

2. จัดทำรายการตรวจสอบการบันทึกรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เครื่องมือ
อุปกรณ์จำเป็นในสถานสงเคราะห์ฯ สถาปนาอาคารสถานที่ และจำนวนเจ้าหน้าที่ประเภทต่าง ๆ ของ
สถานสงเคราะห์

3. นำแบบรายการตรวจสอบไปลองใช้ในสถานสงเคราะห์คนชราม่าง
ละมุง และสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาลเข็ดิน้อย

4. ทำการปรับปรุงและเพิ่มเติมชื่อรายการตรวจสอบ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับเข่าปัญญาของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยร่างแบบประเมินระดับเข่าปัญญาของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการดังนี้

2.1 ศึกษาแบบประเมิน Chulia Mental Test (CMT) ของคณะแพทย์ศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีข้อความถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับ เวลา สถานที่ สิ่งของ สภาวะจิต และ
การคิดคำนวณ แบบประเมินมีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 13 ข้อรายการ

2.2 ศึกษาแบบประเมินเข่าปัญญาของต่างประเทศ (อ้างถึงใน Chenitz,
W. Carole. Clinical Gerontological Nursing, Phil, W.B Saunder Co.
1991) แบบประเมินที่ศึกษามีดังนี้

2.2.1 แบบประเมินของ Pfeiffer ชื่อ Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) ประกอบด้วยข้อรายการจำนวน 10 ข้อ ถามในเรื่อง วัน เดือน ปี สถานที่ ความรู้ทั่วไป และความคิดคำนวณ

2.2.2 แบบประเมิน The Folstein Mini Mental State Examination ประกอบด้วย ข้อรายการ 28 ข้อ ถามในเรื่องต่าง ๆ รอบตัว และความสามารถพื้นฐานบางประการ

2.2.3 แบบประเมิน The Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) แบบประเมินชุดนี้เป็นแบบประเมินที่มีความยาวและซับซ้อน การจะนำไปใช้ต้องฝึกฝนผู้ใช้เป็นพิเศษ

2.3 ยกร่างแบบประเมินระดับความรู้ของปัญญาของผู้สูงอายุ ได้จำนวนข้อคำถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ สิ่งของ สุภชาติไทย การคิดคำนวณเลขและการแก้ปัญหา ได้ข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ

2.4 ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับข้อคำถามและเกณฑ์การตีความ

2.5 นำแบบประเมินไปลองใช้กับผู้สูงอายุ ในชุมชน คือ ชุมชนอำเภอบางใหญ่ จ. นครบุรี จำนวน 12 คน จากการลองใช้ได้ข้อมูลและนำข้อมูลมาปรับปรุงแบบประเมินให้เหมาะสมและสามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุไทย

2.6 นำแบบประเมินไปลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 11 คน โดยมีผู้เก็บข้อมูลร่วมกันจำนวน 2 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยหาค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยง = ๐.๑๐

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบประเมินดังนี้

3.1 ศึกษาแบบประเมิน Geriatric Depressive Scale ของคณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2 ศึกษาเอกสาร งานวิจัย สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลผู้อยู่ในภาวะซึมเศร้า

3.3 ยกร่างแบบประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทำการตรวจสอบข้อคำถามโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ

3.4 นำแบบสัมภาษณ์ไปลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอบางใหญ่

จ. นนทบุรี ทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุไทย

3.5 นำแบบประเมินไปใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาล
เซนต์หลุยส์ จำนวน 11 คน โดยมีผู้เก็บข้อมูลพร้อมกันจำนวน 2 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่า
ความเที่ยงโดยหาความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยง = 0.89

ชุดที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ
ผู้วิจัยดำเนินการสร้างตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ศึกษาแบบประเมิน Chulia ADL Index ของคณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

4.2 ศึกษาแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ
ของต่างประเทศดังต่อไปนี้

4.1.1 Barthel index

เป็นแบบประเมินที่วัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง เป็นข้อคำถาม
จำนวน 10 ข้อ

4.1.2 แบบประเมินของ Lawton

เป็นแบบประเมินวัดความสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน
ของผู้สูงอายุ

4.3 ยกร่างแบบประเมินวัดความสามารถของผู้สูงอายุ ทำการตรวจสอบ
ข้อความและข้อคำถามโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ

4.4 นำแบบประเมินไปลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน อ. บางใหญ่ จ. นนทบุรี
จำนวน 12 คน ทำการปรับข้อความให้สามารถใช้ประเมินได้อย่างเหมาะสม

4.5 นำแบบประเมินไปใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาล
เซนต์หลุยส์ จำนวน 11 คน โดยมีผู้เก็บข้อมูลพร้อมกันจำนวน 2 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่า
ความเที่ยงโดยหาความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยง = 0.85

ชุดที่ 5 แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างดังนี้

5.1 ศึกษาเอกสาร ทฤษฎีผู้สูงอายุ งานวิจัย และเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเท่าที่ได้มีผู้จัดทำไว้แล้วทั้งในประเทศและต่างประเทศ

5.2 ยกตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์

ผู้วิจัยจัดสร้างแบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเพื่อ

ประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุด้านสุขภาพส่วนบุคคลและความต้องการการพยาบาลที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและการสัมภาษณ์ครอบคลุมทุกระบบของร่างกาย เมื่อจัดสร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ได้นำไปหาความตรงของเครื่องมือโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านกายภาพบำบัดและการพยาบาล ทำการปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติม หลังจากแก้ไขปรับปรุงแล้วนำไปลองใช้ตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบางใหญ่ จ. นครบุรี จำนวน 12 คน ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อรายการ หลังจากนั้นถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 นำไปลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 11 คน โดยมีผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจร่างกายและสัมภาษณ์พร้อมกัน 2 คน เก็บข้อมูล 2 ชุด โดยไม่ปรึกษาหารือกัน นำข้อมูล 2 ชุดมาคำนวณค่าความสัมพัทธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงทั้งสิ้น = 0.969

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องด้วยการวิจัยสำรวจนี้เป็นการสำรวจที่ต้องเดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลในท้องถิ่น การวางแผนงานและการมีผู้ช่วยวิจัยมีความสำคัญมาก ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ทำการฝึกนิสิตปริญญาโท (โดยเจเนาะนิสิตที่เรียนวิชา 867623 การพยาบาลผู้สูงอายุ) ให้มีความเข้าใจขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
2. กำหนด วัน เวลา ที่จะเดินทางไปเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัด เมื่อเดินทางไปแล้ววางแผนไว้ว่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในชุมชนและสถานสงเคราะห์
3. ติดต่อกับตมหาย กำหนด วัน และเวลา ที่จะเดินทางไปจังหวัดแต่ละจังหวัด

สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ (คน)					
	ประชากร			ตัวอย่างประชากร		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
<u>ภาคใต้</u>						
๑. บ้านอุ้มทองนึ่งตัก จ. ชุมพร	27	30	57	10	20	30
1๐. บ้านทักษิณ จ.ยะลา	52	65	117			
รวม	656	1053	1709	93	115	208
<u>ภาคเอกชน (เลือกเจาะจง 2 แห่ง)</u>						
1. บ้านบางเขน กรุงเทพมหานคร	93	0	93	27	0	27
2. บ้านมิตรภาพสงเคราะห์ จ.ปทุมธานี	0	76	76	0	25	25
รวม	93	76	169	27	25	52
รวมทั้งสิ้น				118	142	260

ตารางที่ 2 แสดงสถานที่ตั้ง ชื่อ และจำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สังกัด
หน่วยงานของรัฐและเอกชน

ชมรมผู้สูงอายุ	ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ (คน)		
	ชาย	หญิง	รวม
<u>ภาครัฐบาล</u>			
<u>ภาคกลาง</u>			
1. อำเภอเสนา จ.อยุธยา	21	24	45
2. สวนสมเด็จ จ.อยุธยา	16	22	38
3. วัดญาณ จ. ชลบุรี	24	16	40
<u>ภาคเหนือ</u>			
4. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	15	26	41
<u>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</u>			
5. โรงพยาบาลสมหาราช จ.นครราชสีมา	26	23	49
6. มหาสารคาม จ.มหาสารคาม	15	9	24
<u>ภาคใต้</u>			
7. โรงพยาบาลชุมพร จ.ชุมพร	20	20	40
<u>ภาคเอกชน</u>			
8. หอผู้ป่วยล้มลุก	28	9	37
รวม	165	149	314

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ในชมรมผู้สูงอายุ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และค่าไค-สแควร์
2. ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และ F-Test

สูตรและตัวอย่างการคำนวณแสดงไว้ในภาคผนวก ค.

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
เสนอข้อมูลไว้ในตารางที่ 3-10

เกณฑ์ตัดสินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ เป็นดังนี้ การบริการพยาบาลที่มีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป รายงานว่าได้รับบริการถือว่าเป็นบริการพยาบาลที่จัดไว้เพียงพอ คือ ไม่มีความต้องการการพยาบาล

การบริการพยาบาลที่มีจำนวนผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 60 รายงานว่า ได้รับบริการถือว่าเป็นบริการพยาบาลที่จัดไว้ไม่เพียงพอ คือ มีความต้องการการพยาบาล

ตอนที่ 2 ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
เสนอข้อมูลไว้ในตารางที่ 11-22

เกณฑ์ตัดสินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่รับบริการในสถานสงเคราะห์ฯ ระบุไว้เรียบร้อยแล้วในเครื่องมือวิจัย (แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ)

ส่วนที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ความต้องการการพยาบาล

ของ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและสถานที่ตั้ง

ข้อมูล / สถานที่ตั้ง	จำนวน (คน)					รวม	ร้อยละ
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้			
1) อายุ เป็นปี							
50-59	1	3	7	0	11	3.50	
60-69	29	36	83	21	184	58.60	
70-79	10	28	51	9	99	31.53	
80-89	1	6	12	0	19	6.05	
90+	0	0	1	0	1	0.32	
รวม	41	73	160	40	314	100.00	
2) เพศ							
ชาย	15	41	89	20	165	52.55	
หญิง	26	32	71	20	149	47.45	
รวม	41	73	160	40	314	100.00	
3) สถานภาพสมรส							
คู่	18	52	116	33	219	69.75	
หม้าย	17	17	30	5	69	21.97	
โสด	5	2	11	2	20	6.37	
แยก	1	1	2	0	4	1.27	
หย่า	0	1	1	0	2	0.64	
รวม	41	73	160	40	314	100.00	
4) การมาใช้บริการ							
อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	27	12	54	0	93	29.62	
เดือนละ 1 ครั้ง	12	31	88	39	170	54.17	
มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง (แต่ยังไม่ถึงปี)	2	4	18	1	25	7.96	
ปีละครั้ง	0	26	0	0	26	8.28	
รวม	41	73	160	40	314	100.00	

จากตารางที่ 3 แสดงว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจำนวนสูงสุดมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี พบร้อยละ 58.60 เป็นเพศชายร้อยละ 52.55 เพศหญิงร้อยละ 47.45 สถานภาพสมรสจำนวนสูงสุดคือแต่งงาน (คู่) รองลงมาคือ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 69.75 และ 21.97 ตามลำดับ สำหรับการมารับบริการจากชมรมฯ จำนวนสูงสุดจะมาเดือนละ 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 54.17

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุในทุกภาคจำนวนสูงสุดมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี เช่นกัน

ตารางที่ 4 จำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและสังกัด

ข้อมูล / สังกัด	จำนวน (คน)				
	กระทรวงสาธารณสุข	ทบวง	เอกชน	รวม	ร้อยละ
1) อายุ (ปี)					
50-59	8	1	2	11	3.50
60-69	137	29	18	184	58.60
70-79	78	10	11	99	31.53
80-89	12	1	10	19	6.05
90 ⁺	1	0	0	1	0.32
รวม	236	41	37	314	100.00
2) เพศ					
ชาย	122	15	28	165	52.55
หญิง	114	26	9	149	47.45
รวม	236	41	37	314	100.00
3) สถานภาพสมรส					
คู่	171	18	30	219	69.75
หม้าย	48	17	4	69	21.97
โสด	13	5	2	20	6.37
แยก	2	1	1	4	1.27
หย่า	2	0	0	2	0.64
รวม	236	41	37	314	100.00
4) การมารับบริการ					
อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	51	27	35	93	29.62
เดือนละ 1 ครั้ง	156	12	2	170	54.14
มากกว่า 3 เดือน/ครั้ง (แต่ยังไม่ถึงปี)	23	2	0	25	7.96
ปีละครั้ง	26	0	0	26	8.28
รวม	236	41	37	314	100.00

จากตารางที่ 4 เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามสังกัด พบว่า ทุกสังกัดจำนวนสูงสุดมีอายุช่วง 6๕-69 ปี พบจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชายในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย สถานภาพสมรสค้นพบจำนวนสูงสุดในทุกสังกัด การมารับบริการพบว่าจำนวนสูงสุดในกระทรวงสาธารณสุขคือ เดือนละ 1 ครั้ง ส่วนทบวงมหาวิทยาลัยและเอกชน คือ อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

ตารางที่ 5 ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการบริการ					ร้อยละ	ความต้องการ การพยาบาล	χ^2
	เหนือ เจียงเหนือ (N=41)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (N=73)	กลาง (N=160)	ใต้ (N=40)	รวม ทุกภาค (N=314)			
การส่งเสริมสุขภาพ								
1. การยอมรับว่าท่านเป็นสมาชิกคนหนึ่งของชมรม	41	72	154	36	303	96.50	ไม่ต้องการ	7.50
2. การยอมรับและนับถือท่านในฐานะผู้อาวุโส	41	72	152	36	301	95.86	ไม่ต้องการ	6.92
3. ให้ความสำคัญในความสามารถของท่าน	41	70	140	36	287	91.40	ไม่ต้องการ	8.41*
4. เจ้าหน้าที่พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือแก่ท่านทุกเมื่อ	38	69	117	32	256	81.53	ไม่ต้องการ	19.59*
5. คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่/บุคคลที่เกี่ยวข้องในชมรม	39	65	121	31	256	81.53	ไม่ต้องการ	19.59*
6. คำแนะนำประเภทของอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย	41	68	105	36	250	79.61	ไม่ต้องการ	27.05*
7. การสอบถามอาการเจ็บป่วยที่ท่านเป็นอยู่	39	64	111	35	249	79.30	ไม่ต้องการ	19.05*
8. คำแนะนำเรื่องแหล่งบริการสุขภาพในชมรม	38	62	114	33	247	77.07	ไม่ต้องการ	15.61*
9. การยอมรับความบกพร่องของท่าน เช่น การได้ยิน การเห็น การรู้รส การสัมผัส	32	71	112	32	247	77.07	ไม่ต้องการ	22.56*
10. แจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้าก่อนที่จะให้การพยาบาล	38	68	108	25	239	76.00	ไม่ต้องการ	19.43*
11. คำแนะนำเรื่องการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย	38	66	98	35	237	75.84	ไม่ต้องการ	39.75*

ตารางที่ 5 ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการ						ความต้องการ การพยาบาล χ^2
	เหนือ เจียงเหนือ (N=41)	ตะวันออก (N=73)	กลาง (N=160)	ใต้ (N=40)	รวม ทุกภาค (N=314)	ร้อยละ	
12. คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพส่วนบุคคลในเรื่อง ผิวหนัง เล็บมือ เล็บเท้า ความสะอาดปากและฟัน	37	63	99	34	233	74.20	ไม่ต้องการ 26.10*
13. การแนะนำตัวเองของ พยาบาลให้ท่านรู้จัก	37	50	105	39	231	73.57	ไม่ต้องการ 24.10*
14. ให้บอกปัญหาความรู้สึก ความต้องการของท่าน	37	54	102	37	230	73.25	ไม่ต้องการ 15.82*
15. คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพจิต	36	65	95	34	230	73.25	ไม่ต้องการ 32.08*
16. คำแนะนำเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวที่ปลอดภัย	39	65	96	29	229	72.93	ไม่ต้องการ 33.16*
17. คำแนะนำในเรื่องการใช้ ยาสามัญประจำบ้าน	35	57	93	33	218	69.43	ไม่ต้องการ 48.76**
18. ให้คำแนะนำ ปรึกษาท่าน เกี่ยวกับเรื่องเพศ	24	35	57	24	140	44.59	ต้องการ 52.66*

* $P < .05$ ($.05 \chi^2_{(3)} = 7.82$)

จากตารางที่ 5 แสดงว่า กิจกรรมการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (จำนวน 17 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ) มีปริมาณอย่างเพียงพอ มีเพียงกิจกรรมการพยาบาลเรื่องการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ เป็นกิจกรรมที่บริหารจัดการไม่เพียงพอ คิดพบเพียงร้อยละ 44.59 แสดงว่าความต้องการการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ คือ การบริการพยาบาลเรื่องการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ

จากการทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาครายงานการได้รับบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 16 ข้อ จากทั้งหมด 18 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรายงานการได้รับบริการพยาบาลของผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ขึ้นอยู่กับภาคหรือมีความสัมพันธ์กับภาคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การรายงานการได้รับบริการพยาบาล 2 ข้อ คือ การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชนและการยอมรับนับถือผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโส พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรายงานการได้รับบริการพยาบาลทั้ง 2 ข้อ ไม่ขึ้นอยู่กับภาคหรือไม่สัมพันธ์กับภาคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 6 ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับการพยาบาล ด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการ					ร้อยละ	ความต้องการ การพยาบาล	χ^2
	เหนือ เนียงเหนือ (N=41)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (N=73)	กลาง (N=160)	ใต้ (N=40)	รวม ทุกภาค (N=314)			
การป้องกัน								
1. ให้ข้อมูลเรื่องโรคและการดูแลตนเอง	40	67	98	27	232	73.89	ไม่ต้องการ	63.59*
2. ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ	37	62	96	25	220	70.06	ไม่ต้องการ	43.03*
3. ให้คำแนะนำเรื่องเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม	35	56	88	34	213	67.83	ไม่ต้องการ	50.90*
4. บอกวิธีป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	36	58	85	29	208	66.24	ไม่ต้องการ	35.09*
การรักษาพยาบาล								
1. ให้การพยาบาลหรือการช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญของปัญหา	33	56	89	28	206	65.61	ไม่ต้องการ	14.55*
2. ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล	35	50	86	28	199	63.38	ไม่ต้องการ	26.04*
การฟื้นฟูสภาพ								
1. คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	41	73	134	37	285	90.76	ไม่ต้องการ	24.00*
2. แนะนำและฝึกหัดวิธีการหายใจเข้าออก เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ	38	69	101	36	244	77.71	ไม่ต้องการ	16.78*
3. กระตุ้นท่านให้ช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน	39	68	98	36	241	76.75	ไม่ต้องการ	44.58*

ตารางที่ ๑ ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับการพยาบาล ด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการบริการ						ความต้องการ การพยาบาล χ^2
	เหนือ เนียงเหนือ (N=41)	ตะวันออก (N=75)	กลาง (N=160)	ใต้ (N=40)	รวม ทุกภาค (N=314)	ร้อยละ	
4. การส่งต่อให้ไปรับการดูแล รักษายังสถานที่ ที่เหมาะสม เมื่อท่าน ต้องการ	31	60	86	31	208	66.24	ไม่ต้องการ 23.31*
5. คำแนะนำการจัดสภาพ แวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม	34	62	82	29	207	65.92	ไม่ต้องการ 43.61*
6. ให้ท่านได้แสดงความ สามารถและความถนัดให้ ปรากฏแก่คนทั่วไป	33	61	82	27	203	64.65	ไม่ต้องการ 36.71*

* $P < .05$ ($.05 \chi^2_{(3)} = 7.82$)

จากตารางที่ ๑ แสดงว่า กิจกรรมการพยาบาลด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ในชมรมผู้สูงอายุ ทุกรายการมีบริการอย่างเพียงพอ มีจำนวนตั้งแต่ร้อยละ 64.65 ถึง 73.89 แสดงว่า ไม่มีความต้องการการพยาบาลทั้ง 3 ด้านนี้ ในชมรมผู้สูงอายุ

จากการทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาครายงานการได้รับการพยาบาลด้านการป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทุกข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรายงานการได้รับการพยาบาลด้านการป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ทุกข้อ ขึ้นอยู่กับภาคหรือมีความสัมพันธ์กับภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 ความต้องการการพยาบาล และการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับบริการ
 พยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรมสังกัด

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับบริการ					ความต้องการ การพยาบาล χ^2
	กระทรวง สาธารณสุข (N = 236)	ทบวงฯ (N = 41)	เอกชน (N = 37)	รวมทุกสังกัด (N = 314)	ร้อยละ	
1. การยอมรับว่าท่านเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนชมชน	228	41	34	303	96.50	ไม่ต้องการ 3.81
2. การยอมรับและนับถือท่านในฐานะผู้อาวุโส	227	41	33	301	95.86	ไม่ต้องการ 6.00
3. ให้ความสำคัญในความสามารถของท่าน	213	41	33	287	91.40	ไม่ต้องการ 4.29
4. เจ้าหน้าที่พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือแก่ท่านทุกเมื่อ	218	38	0	256	81.53	ไม่ต้องการ 185.25*
5. คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต	209	39	8	256	81.53	ไม่ต้องการ 101.03*
6. คำแนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย	207	41	2	250	79.61	ไม่ต้องการ 145.63*
7. การสอบถามอาการเจ็บป่วยที่ท่านเป็นอยู่	209	39	1	249	79.30	ไม่ต้องการ 150.77*
8. คำแนะนำเรื่องแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน	205	38	4	247	77.07	ไม่ต้องการ 115.84*
9. การยอมรับความบกพร่องของท่าน เช่น การได้ยิน การเห็น การรู้รส การสัมผัส	214	32	1	247	77.07	ไม่ต้องการ 147.61*
10. แจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้าก่อนที่จะให้การพยาบาล	200	38	1	239	76.11	ไม่ต้องการ 205.44*
11. คำแนะนำเรื่องการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย	195	38	4	237	75.84	ไม่ต้องการ 96.71*
12. คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลในเรื่องผิวหนัง	193	37	3	233	74.20	ไม่ต้องการ 97.09*
13. การแนะนำตัวเองของพยาบาลให้ท่านรู้จัก	191	37	1	231	73.57	ไม่ต้องการ 93.98*

ตารางที่ 7 การบริการพยาบาล และการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรมสังกัด ที่รายงาน การได้รับบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับบริการ					ความต้องการ การพยาบาล χ^2
	กระทรวง สาธารณสุข (N = 236)	ทบวงฯ (N = 41)	เอกชน (N = 37)	รวมทุกสังกัด (N = 314)	ร้อยละ	
14. ให้ออกปัญหาความรู้สึก ความต้องการของท่าน	192	37	1	230	73.25	ไม่ต้องการ 107.91*
15. คำแนะนำเรื่องแหล่งบริการ สุขภาพในชมรม	188	38	4	230	73.25	ไม่ต้องการ 37.36*
16. คำแนะนำเกี่ยวกับการ เคลื่อนไหวที่ปลอดภัย	186	39	4	229	72.93	ไม่ต้องการ 38.86*
17. คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพจิต	180	35	3	218	69.43	ไม่ต้องการ 75.68*
18. ให้คำแนะนำ ปรึกษาท่าน เกี่ยวกับเรื่องเพศ	116	24	0	140	44.59	ต้องการ 35.05*

* $P < .05$ ($.05 \chi^2_{(3)} = 7.82$)

จากตารางที่ 7 พบว่าเมื่อทำการทดสอบค่า ไค-สแควร์ โดยจำแนกตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน พบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสังกัด รายงานการได้รับบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรายงานการได้รับบริการพยาบาลของผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 15 ข้อ ขึ้นอยู่กับภาค หรือมีความสัมพันธ์กับภาคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรายงานการได้รับบริการพยาบาล 3 ข้อ คือ การยอมรับผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนชมรม การยอมรับนับถือผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโส และการให้ความสำคัญในความสามารถของผู้สูงอายุ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรายงานการได้รับบริการพยาบาลทั้ง 3 ข้อ ไม่ขึ้นอยู่กับสังกัดหรือไม่สัมพันธ์กับสังกัดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ ที่รายงานการได้รับการบริการพยาบาล ด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรมสังกัด

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการบริการ					ความต้องการ การพยาบาล χ^2
	กระทรวง สาธารณสุข (N = 236)	ทบวงฯ (N = 41)	เอกชน (N = 37)	รวมทุกสังกัด (N = 314)	ร้อยละ	
การป้องกัน						
1. ให้ข้อมูลเรื่องโรคและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ	191	40	1	222	73.89	ไม่ต้องการ 115.18 ^{**}
2. ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ	182	37	1	220	70.06	ไม่ต้องการ 93.56 ^{**}
3. ให้คำแนะนำเรื่องเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม	178	35	0	213	67.83	ไม่ต้องการ 90.05 ^{**}
4. บอกวิธีป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค	171	36	1	208	66.24	ไม่ต้องการ 79.41 ^{**}
การรักษาพยาบาล						
1. ให้การพยาบาลหรือการช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญของปัญหา	173	33	0	206	65.61	ไม่ต้องการ 81.20 ^{**}
2. ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล	163	35	1	199	63.38	ไม่ต้องการ 70.54 ^{**}
การฟื้นฟูสภาพ						
1. คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	222	41	22	285	90.76	ไม่ต้องการ 50.45 ^{**}
2. แนะนำและฝึกหัดวิธีการหายใจเข้าออกเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ	191	38	15	244	77.71	ไม่ต้องการ 36.22 ^{**}
3. กระตุ้นทำนให้ช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน	198	39	4	241	76.75	ไม่ต้องการ 104.70 ^{**}
4. การส่งต่อให้ไปรับการดูแลรักษาที่ยังสถานที่ ๗ เหมาะสม เมื่อท่านต้องการ	175	33	0	208	66.24	ไม่ต้องการ 34.86 ^{**}
5. คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม	176	31	0	207	65.92	ไม่ต้องการ 81.13 ^{**}

ตารางที่ 8 ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ ที่รายงานการได้รับการบริการพยาบาล ด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรมสังกัด (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการบริการ					ความต้องการการพยาบาล χ^2
	กระทรวงสาธารณสุข (N = 236)	ทบวงฯ (N = 41)	เอกชน (N = 37)	รวมทุกสังกัด (N = 314)	ร้อยละ	
6. ให้ท่านได้แสดงความสามารถและความถนัดให้ปรากฏแก่คนทั่วไป	170	33	0	203	64.65	ไม่ต้องการ 77.79 [*]

* P < .05 ($.05 \chi^2_{(3)} = 7.82$)

จากตารางที่ 8 เมื่อทำการทดสอบค่า ไค-สแคว์ โดยจำแนกตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน พบว่า การรายงานการได้รับการบริการพยาบาลด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุทุกข้อขึ้นอยู่กับสังกัดหรือมีความสัมพันธ์กับสังกัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับบริการพยาบาล ด้านการจัดการทางการพยาบาลจำนวนตามสถานที่ตั้งของชมรม

กิจกรรมการจัดการทางการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับบริการ						ความต้องการ การพยาบาล χ^2
	เหนือ เฉียงเหนือ (N=41)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (N=73)	กลาง (N=160)	ใต้ (N=40)	รวม ทุกภาค (N=314)	ร้อยละ	
1. การจัดบรรยายภาคในชมรม ใหม่การถ่ายเทอากาศที่ดี	39	71	152	29	291	92.68	ไม่ต้องการ 21.79*
2. การมีผู้รับผิดชอบประสานงาน ของชมรม	36	71	133	38	278	88.54	ไม่ต้องการ 11.77*
3. การวัดความดันโลหิต	41	70	122	38	271	86.31	ไม่ต้องการ 28.43*
4. การชั่งน้ำหนักตัว	40	69	122	38	269	85.67	ไม่ต้องการ 23.78*
5. การดูแล จัดการเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมที่ป้องกันอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นได้	38	70	120	28	256	81.53	ไม่ต้องการ 21.44*
6. การแนะนำวิธีการรับ บริการภายในชมรม	39	67	105	37	248	78.87	ไม่ต้องการ 51.89*
7. การอธิบายเป้าหมายการ บริการที่ให้แก่สมาชิกชมรม ผู้สูงอายุอย่างชัดเจน	37	70	108	29	244	77.71	ไม่ต้องการ 27.89*
8. การแนะนำสิทธิประโยชน์ ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ	37	63	106	37	243	77.39	ไม่ต้องการ 23.74*
9. การตรวจเบาหวาน	40	64	96	36	240	75.43	ไม่ต้องการ 43.34*
10. การตรวจปัสสาวะ	38	53	110	33	234	74.52	ไม่ต้องการ 11.42*
11. การจัดการฟื้นฟูสภาพ ตามปัญหาของผู้สูงอายุ	35	59	92	36	222	70.70	ไม่ต้องการ 28.52*
12. การบำบัดรักษาสิ่งผิดปกติ	27	49	110	33	219	69.75	ไม่ต้องการ 3.69
13. การบันทึกกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้สูงอายุแต่ละราย	38	43	102	28	211	67.20	ไม่ต้องการ 15.36*
14. การสำรวจความพอใจ บริการของชมรมโดย สอบถามความเห็น	41	44	89	32	211	67.20	ไม่ต้องการ 42.94*

ตารางที่ 9 ความต้องการการพยาบาลและการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุรายงานการได้รับการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลจำแนกตามสถานที่ตั้งของชมรม (ต่อ)

กิจกรรมการจัดการทางการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการบริการ						ความต้องการการพยาบาล	χ^2
	เหนือ เฉิงเหิง (N=41)	ตะวันออก เฉิงเหิง (N=73)	กลาง (N=160)	ใต้ (N=40)	รวม ทุกภาค (N=314)	ร้อยละ		
15. การส่งต่อผู้สูงอายุไปรับ การดูแลรักษา เพื่อช่วย ให้มีการฟื้นฟูสภาพที่ดี	33	62	83	26	204	64.97	ไม่ต้องการ	29.26*
16. การตรวจไขมันใน เส้นเลือด	36	48	66	36	186	59.24	ต้องการ	47.21*
17. การบันทึกจำนวนครั้ง ของการมาใช้บริการ ของชมรม	37	46	62	35	180	57.32	ต้องการ	56.59*
18. การตรวจสายตา	14	55	82	28	179	57.01	ต้องการ	23.68*
19. การตรวจภาวะซีดของ ร่างกาย	20	56	70	32	178	56.69	ต้องการ	32.72*
20. การเอ็กซเรย์ปอด	13	26	95	24	158	50.32	ต้องการ	18.39*
21. การตรวจการได้ยิน	15	37	72	26	150	47.77	ต้องการ	7.56

* $P < .05$ ($.05 \chi^2_{c\alpha} = 7.82$)

จากตารางที่ 9 แสดงว่า กิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (จำนวน 15 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ) มีการบริการเพียงพอ มีกิจกรรมการพยาบาล 6 ข้อ ที่ไม่เพียงพอ คือ พบอยู่ระหว่างร้อยละ 47.77 - 59.24 แสดงว่าความต้องการการพยาบาลด้านการจัดการคือ การจัดการเพื่อให้มีการตรวจไขมันในเส้นเลือด การบันทึกรายงานจำนวนครั้งของการมาใช้บริการ การตรวจสายตา การตรวจภาวะซีดของร่างกาย การเอ็กซเรย์ปอด และการตรวจการได้ยิน

จากการทดสอบค่าไค-สแควร์ พบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาครายงานการได้รับการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลจำนวน 19 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรายงานการได้รับการบริการพยาบาลของผู้สูงอายุด้านการจัดการทางการพยาบาลจำนวน 19 ข้อ ขึ้นอยู่กับภาคหรือมีความสัมพันธ์กับภาคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การรายงานการได้รับการบริการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลจำนวน 2 ข้อ คือ การจัดการให้มีการนำบัตรรักษาสิ่งผิดปกติ และการตรวจการได้ยินพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การรายงานการได้รับการบริการพยาบาลทั้ง 2 ข้อ ไม่ขึ้นอยู่กับภาคหรือไม่สัมพันธ์กับภาคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 10 ความต้องการการพยาบาลและการทดลองสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาล จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรมสังกัด

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน (คน) ที่รายงานการได้รับการบริการ					ความต้องการ การพยาบาล χ^2
	กระทรวง สาธารณสุข (N = 236)	ทบวงฯ (N = 41)	เอกชน (N = 37)	รวมทุกสังกัด (N = 314)	ร้อยละ	
1. การจัดบรรยากาศในชมรมให้มี การถ่ายเทของอากาศที่ดี	217	39	35	291	92.68	ไม่ต้องการ 0.74
2. การมีผู้รับผิดชอบประสานงาน ของชมรม	223	36	19	278	88.54	ไม่ต้องการ 53.11*
3. การวัดความดันโลหิต	226	41	4	271	86.31	ไม่ต้องการ 224.37*
4. การชั่งน้ำหนักตัว	225	40	4	269	85.67	ไม่ต้องการ 191.68*
5. การดูแล จัดการเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมที่ป้องกันอันตรายที่ อาจเกิดขึ้นได้	211	38	7	256	81.53	ไม่ต้องการ 108.90*
6. การแนะนำวิธีการรับบริการ ภายในชมรม	205	39	4	248	78.97	ไม่ต้องการ 112.44*
7. การอธิบายเป้าหมายการ บริการที่ให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อย่างชัดเจน	205	37	2	244	77.71	ไม่ต้องการ 126.77*
8. การแนะนำสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ	203	37	3	243	77.39	ไม่ต้องการ 109.34*
9. การตรวจเบาหวาน	196	40	4	240	76.43	ไม่ต้องการ 104.35*
10. การตรวจปัสสาวะ	193	38	3	234	74.52	ไม่ต้องการ 97.47*
11. การจัดบริการฟื้นฟูสภาพตาม ปัญหาของผู้สูงอายุ	187	35	0	222	70.70	ไม่ต้องการ 103.07*
12. การบำบัดรักษาสิ่งผิดปกติ	189	27	3	219	69.75	ไม่ต้องการ 79.85*
13. การบันทึกกิจกรรม การส่งเสริม สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ แต่ละราย	171	38	2	211	67.20	ไม่ต้องการ 79.11*
14. การสำรวจความพอใจในการ บริการของชมรม โดยสอบถาม ความเห็น	167	41	3	211	67.20	ไม่ต้องการ 79.96*
15. การส่งต่อผู้สูงอายุไปรับการ ดูแลรักษา เพื่อช่วยให้การ ฟื้นฟูสุขภาพที่ดี	168	33	3	204	64.97	ไม่ต้องการ 60.93*

ตารางที่ 10 ความต้องการการพยาบาลและการทดลองสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาล จำแนกตามหน่วยงานที่ชมรมสังกัด (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล	จำนวน คน* ที่รายงานการได้รับการบริการ					ความต้องการ การพยาบาล	X ²
	กระทรวง สาธารณสุข (N = 236)	ทบวงฯ (N = 41)	เอกชน (N = 37)	รวมทุกสังกัด (N = 314)	ร้อยละ		
16. การตรวจไขมันในเส้นเลือด	146	36	4	186	59.24	ต้องการ	50.47*
17. การบันทึกรายงานจำนวนครั้ง ของการมาให้บริการส่งเสริม สุขภาพ (ชมรมผู้สูงอายุ)	141	37	2	180	57.32	ต้องการ	59.50*
18. การตรวจสายตา	161	14	4	179	57.01	ต้องการ	53.08*
19. การตรวจภาวะซีดของร่างกาย	155	20	3	178	56.69	ต้องการ	42.52*
20. การเอ็กซเรย์ปอด	142	13	3	158	50.32	ต้องการ	41.21*
21. การตรวจการได้ยิน	132	15	3	150	47.77	ต้องการ	31.97*

* $P < .05$ ($.05 \chi^2_{(3)} = 7.82$)

ผลตารางที่ 10 พบว่า เมื่อทำการทดสอบค่า ไค-สแควร์ โดยจำแนกตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน พบว่า การรายงานการได้รับการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ขึ้นอยู่กับสังกัดหรือมีความสัมพันธ์กับสังกัดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรายงานการได้รับการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลจำนวน 1 ข้อ คือ การจัดบรรยากาศในชมรมให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดี พบว่า ไม่ขึ้นอยู่กับสังกัดหรือไม่มีความสัมพันธ์กับสังกัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 2

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการการพยาบาล

ของ

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 11 จำนวนตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์

ข้อมูล/สถานที่ตั้ง	สถานที่ตั้ง				รวมทุกภาค (N = 260)
	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	
1. เพศ					
ชาย	18	37	55	10	120
หญิง	16	37	67	20	140
รวม	34	74	122	30	260
2. ผู้สูงอายุรายงานความเจ็บป่วย					
2.1 กระตุกและข้อ (รวมกระตุกหัก 6 คน ไหล่หลุด 2 คน)	13	10	16	5	45
2.2 ความดันโลหิตสูง	3	7	19	5	34
2.3 หัวใจและหลอดเลือด	4	5	5	1	15
2.4 เบาหวาน	3	6	5	1	15
2.5 ภาวะแพ้อาหาร	3	-	7	2	12
2.6 ต้อกระจก	-	2	5	4	11
2.7 หอบหืด	4	1	4	1	10
2.8 อัมพาต	1	5	3	5	14
2.9 นิการ (รวมตาบอด 3 คน แขน-ขาขาด 2 คน)	1	2	-	2	5
2.10 ฟาร์คินสัน	1	2	-	-	3
2.11 ภูมิแพ้	-	2	1	-	3
2.12 ต้อเนื้อ	-	1	2	-	3
รวม	33	43	67	27	170

งกตารางที่ 11 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ ทั้งหมด 260 คน เป็น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง 140 คน เพศชาย 120 คน และความเจ็บป่วยตามการรายงานของผู้สูงอายุ พบว่า โรคกระดูกและข้อเป็นโรคที่ผู้สูงอายุรายงานมากที่สุด รวม 45 คน รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ภาวะแพ้อาหาร ต้อกระจก หอบหืด อัมพาต พิการ พาร์กินสัน ภูมิแพ้ ต้อเนื้อ ตามลำดับ

ส่วนที่ 1 : ผลการตรวจสอบรายการต่าง ๆ ในสถานสงเคราะห์

ตารางที่ 12 จำนวนสถานสงเคราะห์ที่พบว่าได้จัดทำ/จัดการรายการต่าง ๆ (N=9)

รายการ	จำนวนสถานสงเคราะห์ที่พบว่าได้จัดทำหรือจัดหา	
1. เอกสารส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ		
1.1 ประวัติส่วนตัวผู้สูงอายุ	9	แห่ง
1.2 แบบฟอร์มรายงานการรักษาพยาบาล	7	แห่ง
1.3 แบบฟอร์มรายงานสุขภาพ	5	แห่ง
1.4 แบบฟอร์มนัดแพทย์	3	แห่ง
1.5 แบบฟอร์มส่งต่อ	1	แห่ง
1.6 แบบฟอร์มมอบอำนาจเรื่องทรัพย์สิน	1	แห่ง
1.7 สมุดฝากเงิน	1	แห่ง
1.8 แฟ้มประวัติครอบครัว	1	แห่ง
2. เครื่องมืออุปกรณ์จำเป็น		
2.1 รถเข็น	9	แห่ง
2.2 ไม้ค้ำยัน	9	แห่ง
2.3 เครื่องกายอุปกรณ์ (จักรยาน)	7	แห่ง
เครื่องพยุงเดิน)	4	แห่ง
2.4 เสียงตามสาย	3	แห่ง
3. ลักษณะอาคารสถานที่		
3.1 เติียงนอนไม้แออัด	9	แห่ง
3.2 อากาศถ่ายเทสะดวก	8	แห่ง
3.3 มีที่นั่งพักผ่อนเพียงพอ	8	แห่ง
(ไม่น้อยกว่า 2 ม ² /1 คน คิดร้อยละ 20)		
3.4 ห้องน้ำ/ห้องสุขา มีเพียงพอ	7	แห่ง
(5 คนต่อ 1 ห้อง)		
3.5 มีสถานที่ทำเพิ่มกิจทางศาสนา	7	แห่ง
3.6 มีห้องกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ	6	แห่ง

ตารางที่ 12 จำนวนสถานสงเคราะห์ที่พบว่าได้จัดทำ/จัดการรายการต่าง ๆ (N=9) (ต่อ)

รายการ	จำนวนสถานสงเคราะห์ที่พบว่าได้จัดทำหรือจัดหา
3.7 ภายในอาคารสะอาด เรียบร้อย	6 แห่ง
3.8 ภายในอาคารเป็นสัดส่วน	6 แห่ง
3.9 ภายในอาคารสภาพเหมือนบ้าน	6 แห่ง
3.10 ภายในอาคารไม่มีกลิ่นรบกวน	5 แห่ง
3.11 ภายในอาคารมีแสงสว่างเพียงพอ	5 แห่ง

จากตารางที่ 12 แสดงว่า สถานสงเคราะห์ที่เป็นตัวอย่างประชากร 9 แห่ง มีการจัดทำประวัติส่วนตัวของผู้สูงอายุ มี 7 แห่งที่จัดทำแบบฟอร์มรายงานการรักษายาบาล

สถานสงเคราะห์ทั้ง 9 แห่ง มีอุปกรณ์รถเข็นและไม้ค้ำยัน ในด้านลักษณะอาคารสถานที่พบว่าทั้ง 9 แห่ง การจัดเตียงนอนของผู้สูงอายุไม่แออัด มี 8 แห่งที่อากาศถ่ายเทสะดวกและมีที่นั่งพักผ่อนเพียงพอ

ข้อสังเกตจากการเก็บรวบรวมข้อมูลก็คือ การจัดทำประวัติส่วนตัวของผู้สูงอายุและการจัดทำแบบฟอร์มรายงานการรักษายาบาล ยังขาดรายละเอียดและยังขาดความต่อเนื่อง

ในเรื่องอุปกรณ์รถเข็น ไม้ค้ำยัน และอุปกรณ์จำเป็นอื่น ๆ ก็ยังพบว่ามีจำนวนจำกัด

ตารางที่ 13 สัดส่วนพยาบาล ผู้ดูแล และจำนวนเจ้าหน้าที่ทั้งหมดต่อผู้สูงอายุ

รายการ	สัดส่วน
1. พยาบาล : ผู้สูงอายุ	1 : 102.16
2. ผู้ดูแล : ผู้สูงอายุ	1 : 7.25
3. เจ้าหน้าที่ทั้งหมด : ผู้สูงอายุ (รวมพยาบาลและผู้ดูแล)	1 : 6.77

จากตารางที่ 13 พบว่า พยาบาล 1 คน จะต้องดูแลผู้สูงอายุประมาณ 102 คน ส่วนผู้ดูแล 1 คน จะดูแลผู้สูงอายุประมาณ 7 คน และเมื่อคิดเจ้าหน้าที่ทั้งหมดพบว่า เจ้าหน้าที่ 1 คน จะดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุถึงประมาณ 7 คน

แสดงว่า ปัญหาการดำเนินงานในสถานสงเคราะห์ คือ จำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมีไม่เพียงพอ

ตารางที่ 14 จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดและจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือเป็นอัมพาต หรือหลงลืม
 ชั้นรุนแรงในสถานสงเคราะห์ 9 แห่ง

สถานสงเคราะห์ ตัวอย่างประชากร	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)		
	ทั้งหมด	เจ็บป่วย เป็นอัมพาต หลงลืมรุนแรง	คิดเป็น ร้อยละ
แห่งที่ 1	185	25	13.51
แห่งที่ 2	128	40	31.21
แห่งที่ 3	120	15	12.50
แห่งที่ 4	72	20	27.78
แห่งที่ 5	180	25	13.89
แห่งที่ 6	294	40	13.60
แห่งที่ 7	93	20	21.50
แห่งที่ 8	76	25	32.89
แห่งที่ 9	57	20	35.09
รวมเฉลี่ย	1,205	230	19.09

จากตารางที่ 14 แสดงว่า จากจำนวนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ทั้งหมด 9 แห่ง มีผู้สูงอายุจำนวน 1,205 คน และมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรือเป็นอัมพาต หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09

หมายเหตุ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เป็นอัมพาต หรือหลงลืมชั้นรุนแรง ทางสถานสงเคราะห์ฯ ทุกแห่ง ได้จัดไว้รวมกันในห้องรวมเฉพาะ

ส่วนที่ 2 : ผลการประเมินระดับเซาว์ปัญญาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ จำแนกตามระดับเซาว์ปัญญา และสถานที่ตั้ง

ระดับเซาว์ปัญญา	สถานที่ตั้ง (ภาค)								รวม จำนวน ร้อยละ (คน)	
	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง		ใต้			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
มีปัญหาหนัก	1	0.38	12	4.61	8	3.07	1	0.38	22	8.46
มีปัญหาปานกลาง	5	1.92	12	4.61	20	7.68	0	0	37	14.23
มีปัญหาเล็กน้อย	7	2.69	9	3.46	11	4.22	10	3.84	37	14.23
ปกติ	21	8.06	41	15.74	83	31.87	19	7.30	164	63.08
รวม	34	13.00	74	28.42	122	4.61	30	11.52	260	100.00

จากตารางที่ 19 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ จำนวนสูงสุดมีเซาว์ปัญญาอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 62.98 เซาว์ปัญญาระดับมีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละเท่ากันคือ 14.21 เซาว์ปัญญาระดับมีปัญหาหนักคิดเป็นร้อยละ 8.45 (ดูการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในตาราง 15)

แสดงว่าผู้สูงอายุร้อยละ 36.92 (คือ 8.46 + 14.23 + 14.23) มีปัญหาเซาว์ปัญญาระดับมาก ปานกลาง และเล็กน้อย ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือดูแล

ตอนที่ 3 ผลการประเมินระดับความซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามระดับความซึ่มเศร้าและสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์

ระดับความซึ่มเศร้า	สถานที่ตั้ง (ภาค)								รวม จำนวน ร้อยละ (คน)	
	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง		ใต้			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ซึ่มเศร้ามาก	6	2.30	15	5.76	11	4.22	2	0.77	34	13.08
ซึ่มเศร้าปานกลาง	8	3.07	21	8.06	40	15.35	15	5.76	84	32.30
ซึ่มเศร้าเล็กน้อย	9	3.46	20	7.68	35	13.44	3	1.15	67	25.77
ไม่มีปัญหาซึ่มเศร้า	11	4.22	18	6.91	36	13.82	10	3.84	75	28.95
รวม	34	13.06	74	28.42	122	46.95	30	11.52	260	100.00

จากตารางที่ 16 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ จำนวนสูงสุดมีความซึ่มเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.30 ซึ่มเศร้าเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 25.77 และซึ่มเศร้ามาก คิดเป็นร้อยละ 13.08 (ดูการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในตารางที่ 18)

แสดงว่าผู้สูงอายุร้อยละ 71.15 (คือ 13.08 + 32.30 + 25.77) มีปัญหาเรื่องซึ่มเศร้าในระดับมาก ปานกลาง และเล็กน้อย ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือดูแล

ตอนที่ 4 ผลการประเมินระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
 ตารางที่ 17 ระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของ
 สถานสงเคราะห์

ระดับความสามารถ ช่วยเหลือตนเอง	สถานที่ตั้ง (ภาค)								รวม จำนวน ร้อยละ (คน)	
	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง		ใต้			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ดีมาก	27	10.38	59	22.69	102	39.23	22	8.46	210	80.77
ปานกลาง	4	1.54	12	4.62	15	5.77	7	2.69	38	14.62
น้อย	2	0.77	3	1.15	5	1.92	1	0.38	11	4.23
ไม่ได้เลย	1	0.38	0	0	0	0	0	0	1	.38
รวม	34	13.08	74	28.46	122	46.92	30	11.54	260	100.00

จากตารางที่ 17 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 80.77 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 14.62 ช่วยเหลือตนเองได้น้อยคิดเป็นร้อยละ 4.23 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยคิดเป็นร้อยละ 0.38
 ดูการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในตารางที่ 18

แสดงว่าผู้สูงอายุร้อยละ 19.23 คือ (14.62 + 4.23 + 0.38) มีปัญหาคือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับปานกลาง น้อย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือดูแล

ข้อสังเกตสำคัญอีกประการหนึ่งคือ สถานสงเคราะห์ทั้ง 9 แห่ง แต่ละแห่งมีห้องรวมเฉพาะที่กักจัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้คือผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืมรุนแรง เป็นอัมพาต หรือเจ็บป่วย เฉลี่ยจำนวน 19.09 คนต่อสถานสงเคราะห์ (แสดงไว้แล้วในตารางที่ 14)

ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับเขาวัวปัญญา ความซึมเศร้า และความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์

รายการ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. ระดับเขาวัวปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	3	15417.09	5139.03	0.97
	ภายในกลุ่ม	256	1348161.40	5266.25	
รวม		259	1363578.40		
2. ระดับความซึมเศร้า	ระหว่างกลุ่ม	3	16586.81	5512.27	0.47
	ภายในกลุ่ม	256	2967043.34	11590.01	
รวม		259	2983580.10		
3. ระดับความสามารถช่วยเหลือตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	3	2637.641	654.70	1.34
	ภายในกลุ่ม	256	167603.11	879.21	
รวม		259	170240.75		

$$(.05 F_{3, 256} = 2.60)$$

จากตารางที่ 18 แสดงคะแนนเฉลี่ยระดับเขาวัวปัญญา ระดับความซึมเศร้า และระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามภาค 4 ภาค ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 : ผลการตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 19 ความต้องการการพยาบาลด้านสุขภาพส่วนบุคคลของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์

ความต้องการการพยาบาล	สถานที่ตั้ง (ภาค)								รวม จำนวน ร้อยละ (คน) (N = 260)	
	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง		ใต้			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. เล็บ	16	6.15	29	11.55	43	16.54	22	8.46	110	42.30
2. ผิวหนัง	12	4.62	26	10.00	31	11.92	10	3.85	79	30.38
3. ผม	9	3.46	21	8.08	27	10.38	14	5.38	71	27.31

จากตารางที่ 19 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ที่ จำนวนสูงสุดมีความต้องการการพยาบาลด้านสุขภาพส่วนบุคคลเกี่ยวกับเล็บ คิดเป็นร้อยละ 42.30 รองลงมาคือผิวหนัง และผม คิดเป็นร้อยละ 30.38 และ 27.31 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลด้านสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานลงเคราะห์

ความต้องการการพยาบาล	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. เล็บ	ระหว่างกลุ่ม	3	547.07	182.36	1.08
	ภายในกลุ่ม	256	43339.18	169.30	
	รวม	259	43886.25	351.66	
2. ผิวหนัง	ระหว่างกลุ่ม	3	466.28	155.43	1.03
	ภายในกลุ่ม	256	38449.94	150.20	
	รวม	259	38916.22	305.63	
3. ผม	ระหว่างกลุ่ม	3	422.67	140.89	1.04
	ภายในกลุ่ม	256	34602.94	135.17	
	รวม	259	35025.61	276.06	

(.05 $F_{3, 256} = 2.60$)

จากตารางที่ 20 แสดงว่า ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ความต้องการการพยาบาลด้านสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ เล็บ ผิวหนัง และผม ของผู้สูงอายุในสถานลงเคราะห์แต่ละภาค ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย
จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์

ความต้องการการพยาบาล	สถานที่ตั้ง (ภาค)								รวม (N = 260) จำนวน ร้อยละ (คน)	
	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง		ใต้			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. กระดูกและข้อ	28	10.70	84	32.30	62	23.84	28	10.76	202	77.69
2. เหนื่อยและพิน	34	13.07	52	20.00	80	30.70	31	11.92	197	75.76
3. การขับถ่ายปัสสาวะ	32	12.30	65	25.00	58	22.30	42	16.15	197	75.76
4. ตา	25	9.61	54	20.70	54	20.76	25	9.61	158	60.77
5. ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสาทกับกล้ามเนื้อ	31	11.92	36	13.84	37	14.23	25	9.61	129	49.61
6. สิ้น	14	5.38	22	8.46	46	17.69	16	6.15	98	37.69
7. ลักษณะผิวหนังและเล็บ	9	3.46	39	15.00	26	10.00	21	8.07	95	36.53
8. การขับถ่ายอุจจาระ	16	6.15	37	14.23	20	7.19	17	6.53	90	34.61
9. การทรงตัวและการ เคลื่อนไหว	19	7.31	22	8.46	22	8.40	15	5.77	78	30.00
10. ท้องหลังรับประทาน อาหาร	8	3.07	23	8.84	24	9.23	9	3.46	64	24.61
11. หู	9	3.46	25	9.62	11	4.23	7	2.69	52	20.00
12. ลักษณะทรวงอก	13	5	13	5	9	3.46	9	3.46	44	16.92
13. ลักษณะการหายใจ	1	0.38	15	5.76	26	10.00	0	0	41	16.15
14. ริดสีดวงทวาร	6	2.31	15	5.77	11	4.23	4	1.54	36	13.84
15. อวัยวะสืบพันธุ์	4	1.54	19	7.31	3	1.15	2	0.77	28	10.76
16. จมูก	2	0.77	8	3.07	0	0	2	0.77	11	4.23
17. ท่อน้ำเหลือง	0	0	2	0.77	0	0	0	0	2	0.77

จากตารางที่ 21 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ จำนวนสูงสุดมีความต้องการพยาบาลเกี่ยวกับกระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 77.69 รองลงมาคือเรื่องเหงือกและฟัน การช้ำถ่ายปัสสาวะ ๓๓ ความล้มเหลวระหว่างประสาท คิดเป็นร้อยละ 75.76, 75.76 และ 6๑.77 ตามลำดับ และจำนวนน้อยที่สุดคือ ระบบต่อมน้ำเหลือง คิดเป็นร้อยละ ๑.77

เป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาสุขภาพเรื่องกระดูกและข้อ เป็นปัญหาสุขภาพที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นอันดับ 1 รายงานว่าความเจ็บป่วยของตนเอง (ตารางที่ 11)

คูวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลจากความเลื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์

ความต้องการการพยาบาล	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
1. กระดูกและข้อ	ระหว่างกลุ่ม	3	1027.43	342.48	1.06
	ภายในกลุ่ม	256	82536.51	322.41	
	รวม	259	83563.94	664.89	
2. เหนื่อยและฟัน	ระหว่างกลุ่ม	3	1165.84	388.61	1.10
	ภายในกลุ่ม	256	90757.14	354.52	
	รวม	259	91922.98	743.13	
3. การขับถ่ายปัสสาวะ	ระหว่างกลุ่ม	3	556.74	185.58	1.07
	ภายในกลุ่ม	256	44263.79	172.91	
	รวม	259	44820.53	358.49	
4. ตา	ระหว่างกลุ่ม	3	869.22	289.74	1.05
	ภายในกลุ่ม	256	70705.28	276.20	
	รวม	259	71574.50	565.94	
5. ความสัมพันธ์ของประสาทกับกล้ามเนื้อ	ระหว่างกลุ่ม	3	655.54	218.51	1.17
	ภายในกลุ่ม	256	47918.21	187.18	
	รวม	259	48573.75	405.69	

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ (ต่อ)

ความต้องการการพยาบาล	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
6. ลื่น	ระหว่างกลุ่ม	3	612.73	204.24	1.15
	ภายในกลุ่ม	256	45452.17	177.55	
	รวม	259	46064.90	381.79	
7. ลักษณะผิวหนังและเล็บ	ระหว่างกลุ่ม	3	545.19	181.73	1.17
	ภายในกลุ่ม	256	39692.56	155.05	
	รวม	259	40237.75	336.78	
8. การขับถ่ายอุจจาระ	ระหว่างกลุ่ม	3	399.36	133.12	1.13
	ภายในกลุ่ม	256	30153.14	117.79	
	รวม	259	30552.50	250.91	
9. การทรงตัวและการเคลื่อนไหว	ระหว่างกลุ่ม	3	494.21	164.74	1.12
	ภายในกลุ่ม	256	37500.34	146.49	
	รวม	259	37994.55	311.23	
10. ท้องหลังรับประทานอาหาร	ระหว่างกลุ่ม	3	543.50	181.17	1.02
	ภายในกลุ่ม	256	45286.25	176.90	
	รวม	259	45829.75	358.07	

ตารางที่ 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลจากความเลื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ (ต่อ)

ความต้องการการพยาบาล	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
11. หู	ระหว่างกลุ่ม	3	379.84	126.61	1.05
	ภายในกลุ่ม	256	31004.94	121.11	
	รวม	259	31384.78	247.72	
12. ลักษณะทรงวงกลม	ระหว่างกลุ่ม	3	360.39	120.13	1.02
	ภายในกลุ่ม	256	30097.47	117.57	
	รวม	259	30457.86	237.70	
13. ลักษณะการหายใจ	ระหว่างกลุ่ม	3	353.48	117.83	1.02
	ภายในกลุ่ม	256	29682.41	115.95	
	รวม	259	30035.89	233.78	
14. วิธีล้างทวาร	ระหว่างกลุ่ม	3	267.08	89.02	0.80
	ภายในกลุ่ม	256	28332.14	110.67	
	รวม	259	28599.22	199.69	
15. อวัยวะสืบพันธุ์หญิง	ระหว่างกลุ่ม	3	330.83	110.28	1.05
	ภายในกลุ่ม	256	26999.23	105.47	
	รวม	259	27330.06	215.75	

๒๒. ที่ 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุจำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ (ต่อ)

	ความต้องการการพยาบาล	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
๑๐. จุก		ระหว่างกลุ่ม	3	284.73	94.91	0.995
		ภายในกลุ่ม	256	24402.72	95.32	
		รวม	259	24687.45	190.23	
๑๑. ท่อน้ำเหลือง		ระหว่างกลุ่ม	3	262.03	87.34	1.025
		ภายในกลุ่ม	256	21952.97	85.75	
		รวม	259	22215.00	173.09	

$$(.05 F_{\alpha, 256} = 2.60)$$

จากตารางที่ 22 แสดงว่าที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 ความต้องการการพยาบาลจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยของตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในทุกระบบ คือ ระบบประสาทสัมผัส ระบบกระดูกและข้อ อวัยวะสืบพันธุ์ ท่อน้ำเหลือง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบหายใจ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ และระบบทางเดินอาหาร จำแนกตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์แต่ละภาคไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐบาลและเอกชน เปรียบเทียบความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ภาครัฐบาลและเอกชน จำแนกตามภาคได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง การวิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ตัวอย่างประชากร

ผู้วิจัยได้ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน ทั้งนี้โดยการนิจาร์ผลสุ่มจากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นขั้นแรก แล้วกำหนดตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุในชมรมจังหวัดเดียวกันกับตัวอย่างประชากรจากสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

จำนวนตัวอย่างประชากรเป็นดังนี้

1. ในชมรมผู้สูงอายุ

ได้ตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 314 คน จำแนกเป็นชายคิดเป็นร้อยละ 52.55 เป็นหญิงคิดเป็นร้อยละ 47.45 อายุที่พบจำนวนสูงสุดคือช่วง 60-69 ปี พบถึงร้อยละ 58.60 สถานภาพสมรสคู่พบจำนวนสูงสุดคือร้อยละ 69.75 การมารับบริการพบจำนวนสูงสุดร้อยละ 54.17 คือมารับบริการเดือนละ 1 ครั้ง

2. ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

ได้ตัวอย่างประชากรรวมทั้งสิ้น 260 คน จำแนกเป็นชายร้อยละ 46.15 เป็นหญิงร้อยละ 53.85 ความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายुरายงานได้แก่ อันดับแรกกระดูกและข้อพบว่าผู้รายงาน 45 คน อันดับสองคือความดันโลหิตสูงพบ 44 คน

การรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเรื่อง อายุ สถานภาพสมรส ได้ครบทุกคน เนื่องจากการบันทึกรายงานประวัติผู้สูงอายุแต่ละคน ยังไม่ได้ทำอย่างครบถ้วนต่อเนื่อง และผู้สูงอายุบางคนหลงลืมสน ไร้ญาติ หรือบางรายเป็นอัมพาต ซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้

เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือวิจัย

งานวิจัยนี้มีเครื่องมือวิจัยอยู่ 2 ลักษณะคือ เครื่องมือประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ และเครื่องมือประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานสงเคราะห์

ในชมรมผู้สูงอายุ

เครื่องมือการวิจัยมี 1 ชุด เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเรื่องการได้รับการพยาบาลในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมบริการพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลและบริการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาล กรอบแนวคิดของการสร้างเครื่องมือวิจัยชุดนี้คือ แนวคิดเรื่องการบริการพยาบาล 4 มิติ และแนวคิดเรื่องการบริหารจัดการทางการพยาบาล เครื่องมือวิจัยมีความตรงและหาค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยงด้านการปฏิบัติการพยาบาล = 0.979 และด้านการจัดการทางการพยาบาล = 0.745

ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

เครื่องมือการวิจัยมี 5 ชุด

ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบรายการในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

เครื่องมือเป็นรายการตรวจสอบการบันทึกรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เครื่องมืออุปกรณ์จำเป็นในสถานสงเคราะห์ สภาพอาคารสถานที่ และจำนวนเจ้าหน้าที่ประเภทต่าง ๆ ของสถานสงเคราะห์

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและเยี่ยมชมสถานสงเคราะห์ หลังจากนั้นจึงยกร่างแบบตรวจสอบรายการ นำแบบตรวจสอบไปลองใช้ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และสถานสงเคราะห์คนชราโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ทำการปรับปรุงและเพิ่มข้อรายการตรวจสอบจัดพิมพ์และเตรียมนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับความรู้ปัญหาของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยศึกษาแบบประเมินระดับความรู้ปัญหาที่มีอยู่ทั้งที่เป็นของต่างประเทศและในประเทศไทย ยกร่างแบบประเมินซึ่งประกอบด้วยข้อความถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ สิ่งของ สุภาพชาติไทย การคิดคำนวณเลข และการแก้ปัญหา ได้ข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำแบบประเมินฯ ไปลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 12 คน ในชุมชนอำเภอ

บางใหญ่ จ.นนทบุรี ทำการปรับปรุง แล้วนำไปลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 11 คน ในสถาน
สงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 11 คน คำนวณหาความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
ได้ค่าความเที่ยง = 0.90

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยศึกษาแบบประเมินความซึมเศร้าที่มีอยู่ทั้งที่เป็นของต่างประเทศ
และในประเทศไทย ยกเว้นแบบประเมินซึ่งประกอบด้วยข้อความจำนวน 20 ข้อคำถาม ความรู้สึก
พอใจและไม่พอใจต่อชีวิตและความเป็นอยู่ ทำการตรวจสอบข้อความโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ นำ
แบบประเมินไปลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมอำเภอบางใหญ่ จ.นนทบุรี ปรับปรุงแล้วนำแบบประเมิน
ไปลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 11 คน
วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยง = 0.89

ชุดที่ 4 แบบประเมินความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

ศึกษาแบบประเมินที่มีอยู่ทั้งที่เป็นของต่างประเทศและในประเทศไทย
ยกเว้นแบบประเมินซึ่งประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ ที่ถามผู้สูงอายุว่าทำอะไรได้บ้าง
(มิใช่ถามว่าสามารถทำอะไรบ้าง) นำแบบประเมินไปลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน อ.บางใหญ่
จ.นนทบุรี ทำการปรับปรุงข้อความ แล้วนำไปลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 11 คน วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ค่าความเที่ยง
= 0.85

ชุดที่ 5 แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยสร้างแบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความ
ต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และความต้องการการพยาบาลที่เกิดจาก
ความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและการสัมภาษณ์ครอบคลุมทุกระบบ
ของร่างกาย เมื่อจัดสร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วนำไปหาความตรงของเครื่องมือโดยอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิ
ทำการปรับปรุงแล้วนำไปลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี จำนวน 12 คน เมื่อ
ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปลองใช้อีกครั้งกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
จำนวน 11 คน คำนวณค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สันได้ค่าความเที่ยง = 0.969

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผู้เข้าวิจัย คือนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้วางแผนและดำเนินการดังนี้

1. ทำการฝึกอบรมนิสิตปริญญาโท จำนวน 11 คน ให้เข้าใจขั้นตอนและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2. กำหนดวัน เวลา และนัดหมายเดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละจังหวัด

3. ในแต่ละจังหวัดจะเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานสงเคราะห์ก่อน เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วจะเก็บรวบรวมข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในชมรมผู้สูงอายุบางแห่งจะมีพยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเหล่านั้นได้รับการฝึกและเข้าใจขั้นตอนและวิธีสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชมรม

ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งสิ้นประมาณ 5 เดือน ตั้งแต่ 18 มิถุนายน 2536 ถึงเดือนตุลาคม 2536

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในชมรมผู้สูงอายุ

วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละและค่าไค สแควร์

ในสถานสงเคราะห์คนชรา

วิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ และทดสอบค่า F

ผลการวิจัย

1. ในชมรมผู้สูงอายุ

1.1 ความต้องการการพยาบาล

1.1.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการพยาบาลในเรื่องการให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ

1.1.2 ด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ จากตารางที่ 6 พบว่า กิจกรรมการพยาบาลทุกข้อได้จัดบริการอย่างเพียงพอ ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุมิได้แสดงความต้องการการบริการใน 3 ด้านนี้

1.1.3 ด้านการจัดการทางการพยาบาล

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาลใน 6 เรื่องคือ การจัดการเพื่อให้มีการตรวจไขมันในเส้นเลือด การบันทึกจำนวนครั้งการมาใช้บริการ การตรวจสายตา การตรวจกระดูกของร่างกาย การเอ็กซเรย์ปอด และการตรวจการได้ยิน

1.2 การทดสอบค่าไค-สแควร์

1.2.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จากตารางที่ 5 พบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ รายงานการได้รับบริการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ 16 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมการพยาบาลจำนวน 2 ข้อ คือ การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งของกลุ่มชนและการยอมรับนับถือผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโส พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการรายงานการได้รับบริการพยาบาลของผู้สูงอายุในกิจกรรมการพยาบาล 2 ข้อดังกล่าวไม่ขึ้นอยู่กับภาคหรือไม่สัมพันธ์กับภาค และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามสังกัดคือ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน ก็พบกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติมอีก 1 ข้อ คือ การให้ความสำคัญในความสามารถของผู้สูงอายุเป็นอีก 1 ข้อ ที่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2.2 ด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

จากตารางที่ 6 พบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาคคือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ รายงานการได้รับบริการการพยาบาลในกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อ (15 ข้อ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามสังกัดคือ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน ก็พบเช่นเดียวกันว่าสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุรายงานการได้รับบริการพยาบาลในกิจกรรมการพยาบาล

ทุกข้อ (15 ข้อ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การรายงานการได้รับบริการพยาบาลของผู้สูงอายุในกิจกรรมการพยาบาลทุกข้อขึ้นอยู่กับภาคและทั้งยังขึ้นอยู่กับสังกัดของชมรมด้วย

1.2.3 ด้านการจัดการทางการพยาบาล

จากตารางที่ 9 พบว่า สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามภาค ทั้ง 4 ภาค รายงานการได้รับบริการพยาบาลในกิจกรรมพยาบาล 19 ข้อ (จากทั้งหมด 21 ข้อ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมการพยาบาลด้านการจัดการทางการพยาบาล 2 ข้อ คือ การจัดการให้มีการบำบัดรักษาสิ่งผิดปกติ และการตรวจการได้ยินพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 10 เมื่อจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามสังกัด คือ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และเอกชน พบว่า การรายงานกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 20 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมการพยาบาลจำนวน 1 ข้อ คือ การจัดบรรยากาศในชมรมให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดีพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่ากิจกรรมการพยาบาลข้อนี้ไม่ขึ้นกับสังกัดหรือ ไม่มีความสัมพันธ์กับสังกัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

2.1 ความต้องการการพยาบาล

2.1.1 ระดับเข่าปัญญา

จากตารางที่ 15 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 260 คน ระดับเข่าปัญญาอยู่ในระดับมีปัญหาหรือละเอียด 8.45 มีปัญหาในระดับปานกลางจำนวนเท่ากันกับมีปัญหาระดับเล็กน้อย คือ พบร้อยละ 14.21 และจำนวนสูงสุดพบร้อยละ 62.98 มีระดับเข่าปัญญาปกติ

พิจารณาจากระดับเข่าปัญญาของตัวอย่างผู้สูงอายุแสดงว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 36.92 ($8.46 + 14.23 + 14.23$) มีปัญหาเรื่องเข่าปัญญาในระดับมาก ปานกลาง และเล็กน้อย ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือดูแล

2.1.2 ระดับภาวะซึมเศร้า

จากตารางที่ 16 พบว่าตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 260 คน อยู่ในภาวะซึมเศร้ามากร้อยละ 13.08 ซึมเศร้าปานกลางซึ่งมีจำนวนสูงสุดพบร้อยละ 32.30 ซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 25.77 และร้อยละ 28.85 ไม่มีปัญหาซึมเศร้า

พิจารณาจากระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 71.15 (คือ $13.08 + 32.30 + 25.77$) มีปัญหาเรื่องซึมเศร้าในระดับมาก ปานกลาง และเล็กน้อย ที่พยาบาลต้องให้การดูแลช่วยเหลือ

2.1.3 ระดับความสามารถช่วยเหลือตนเอง

จากตารางที่ 17 พบว่า ตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 260 คน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลยร้อยละ 0.38 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยพบร้อยละ 4.23 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลางพบร้อยละ 14.62 ที่เหลือร้อยละ 80.77 ช่วยเหลือตนเองได้ดีมาก

พิจารณาระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของตัวอย่างผู้สูงอายุ แสดงว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 19.23 ($0.38 + 4.23 + 14.62$) มีปัญหาคือ สามารถช่วยเหลือตนเองในระดับปานกลาง น้อย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือ

ข้อมูลจากตารางการสำรวจรายการต่าง ๆ ในสถานสงเคราะห์ ทั้ง 9 แห่ง พบว่า สถานสงเคราะห์ทุกแห่งจะมีห้องรวมเฉพาะ ซึ่งเป็นห้องพักอาศัยของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น มีอาการหลงลืมขั้นรุนแรง เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นอัมพาต จำนวนเฉลี่ย 19.09 ต่อหนึ่งสถานสงเคราะห์ (ตารางที่ 14)

2.1.4 ความต้องการการพยาบาลด้านสุขภาพส่วนบุคคล เรียงลำดับได้ ดังนี้

อันดับที่ 1 เล็บ พบผู้สูงอายุจำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 42.30

อันดับที่ 2 ผิวหนัง พบผู้สูงอายุจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 30.38

อันดับที่ 3 ผม พบผู้สูงอายุจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 27.31

2.1.5 ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย ความต้องการการพยาบาลเรียงอันดับได้ดังนี้ (ตารางที่ 21)

อันดับที่ 1 กระดูกและข้อ พบผู้สูงอายุจำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 77.69

อันดับที่ 2 เหงือกและฟัน พบผู้สูงอายุจำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 75.76

อันดับที่ 3 การทับถ้ำยไม้สวาะ พบผู้สูงอายุจำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 75.76

อันดับที่ 4 ตา พบผู้สูงอายุจำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 60.77

อันดับที่ 5 ความสัมพันธ์ของประสาทกับกล้ามเนื้อ พบผู้สูงอายุจำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 49.61

อันดับที่ 6 สิ้น พบผู้สูงอายุจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 37.69

อันดับที่ 7 ผิวหนังและเล็บ พบผู้สูงอายุจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 36.53

อันดับที่ 8 การทับถ้ำยออกจากระ พบผู้สูงอายุจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 34.61

อันดับที่ 9 การทรงตัวและการเคลื่อนไหว พบผู้สูงอายุจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 30.๗๗

อันดับที่ 10 ท้องหลังรับประทานอาหาร พบผู้สูงอายุจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 24.61

อันดับที่ 11 หู พบผู้สูงอายุจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 20.๗๗

อันดับที่ 12 ลักษณะทรวงอก พบผู้สูงอายุจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 16.92

อันดับที่ 13 ลักษณะการหายใจ พบผู้สูงอายุจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 16.15

อันดับที่ 14 ริดสีดวงทวาร พบผู้สูงอายุจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 13.84

อันดับที่ 15 อวัยวะสืบพันธุ์หญิง พบผู้สูงอายุจำนวน 28 คน
คิดเป็นร้อยละ 10.76

อันดับที่ 16 จมูก พบผู้สูงอายุจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ
4.23

อันดับที่ 17 ต่อม้ำเหลือง พบผู้สูงอายุจำนวน 2 คน คิดเป็น
ร้อยละ 0.77

ข้อมูลจากตารางที่ 11 การรายงานด้วยตนเองของผู้สูงอายุพบว่า
กระดูกและข้อคือความเจ็บป่วยที่มีผู้สูงอายุจำนวนสูงสุด 45 คน รายงานว่าเป็นปัญหาความ
เจ็บป่วยของตนเอง ความเจ็บป่วยอันดับรองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงพบ 44 คน หัวใจและ
หลอดเลือดและเบาหวานพบจำนวนเท่ากันคือ 15 คน

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุมิได้รายงานปัญหาความเจ็บป่วยและ
ความต้องการการพยาบาลของตนเองในเรื่องเหงือกและฟัน การขยับถ่ายปัสสาวะ และเรื่องตา
ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้จะตรวจพบได้จากตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ

2.2 การทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ

2.2.1 จากการทดสอบค่า F วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย
ระดับเข่ามีปัญหา ภาวะซึมเศร้า และระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จำแนก
ตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และ
ภาคใต้ ได้ค่า F แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 เรื่อง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

2.2.2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความต้องการ
การพยาบาลเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (คือ เรื่องเล็บ ผิวหนัง และผม) จำแนกตาม
สถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2.3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความต้องการการ
พยาบาลของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วยพบว่า ความต้องการทั้ง
17 เรื่องคือ กระดูกและข้อ เหงือกและฟัน ตา ความสัมพันธ์ระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ ลึน
ลักษณะผิวหนังและเล็บ การขยับถ่ายอุจจาระ กวาทรงตัว และการเคลื่อนไหว ท้องหลังรับประทาน
อาหาร หู ลักษณะทรวงอก ลักษณะการหายใจ วิดสีตรงทวาร อวัยวะสืบพันธุ์หญิง จมูก และต่อม

น้ำเหลือง ทุกเรื่อง เมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามสถานที่ตั้งของสถานสงเคราะห์มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานในสถานสงเคราะห์ฯ ได้แก่ บุคลากร คือ จำนวนบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนด้านการดูแลผู้สูงอายุมีน้อยและสถานสงเคราะห์มีความจำกัดเรื่อง อุปกรณ์และ เครื่องมือจำเป็น

อภิปรายผลการวิจัย

1. ในชมรมผู้สูงอายุ

1.1 จากผลการวิจัย ตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริการพยาบาล เรื่องการให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องเพศ ผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงความต้องการจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีบริการการพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติภารกิจด้านเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาทิ เพศหญิงต่อมาโทลินหลังน้ำเมือกลดลง ไชมันบริเวณหัวเหน่าลดลง กล้ามเนื้อบริเวณช่องเชิงกรานเหี่ยวยาน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุหญิงมีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ และผู้สูงอายุหญิงมักจะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง ในเพศชายการเปลี่ยนแปลงจะพบได้ตั้งแต่ขนาดขององคชาติลดลงเนื่องจากเลือดไปหล่อเลี้ยงน้อยลง การรับรู้ความรู้สึกและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเชิงกรานลดลงจนแรงพุ่งของแรงฉีดน้ำกามลดลงกว่าปกติ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุชายมีความกังวลใจต่อการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวบริการการพยาบาลที่จำเป็นจะต้องจัดให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมฯ ก็คือ การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ และข้อมูลตารางที่ 4 ผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมมีสถานภาพคู่ จำนวนสูงสุดคือ พบร้อยละ 69.75 คำแนะนำที่จะต้องจัดให้แก่ผู้สูงอายุก็คือ ธรรมชาติของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอายุมากขึ้น กิจกรรมในรูปแบบอื่น ๆ นอกเหนือจากการมีเพศสัมพันธ์ที่สามัคคีสูงอายุหนึ่งแสดงต่อกัน การใช้ครีมหล่อลื่นช่วยขณะมีเพศสัมพันธ์ และทำที่ใช้ในการปฏิบัติภารกิจด้านเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเอง ญาติ และบุคคลใกล้ชิด ควรจะได้รับความรู้ความเข้าใจว่า การที่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางเพศนั้น มิใช่เป็นเรื่องน่าอับอาย เป็นเรื่องปกติธรรมดา การแต่งงานของผู้สูงอายุที่ทั้งคู่มีความพร้อม มีความเหมาะสม ไม่ผิดประเพณี

ที่ดั่งามของคนไทย ย่อมเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ เพราะการแต่งงานโดยเฉพาะในวัยสูงอายุคือ การได้เพื่อนใกล้ชิดและเป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมของมนุษย์

1.2 จากผลการวิจัยตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในกิจกรรมการจัดการทางการแพทย์ 6 เรื่อง คือ การจัดการเพื่อให้มีการตรวจไขมันในเส้นเลือด การตรวจภาวะซิดของร่างกาย การเอ็กซเรย์ปอด การตรวจสายตา การตรวจการได้ยิน และการบันทึกจำนวนครั้งการมารับบริการ

กิจกรรมทางการแพทย์ใน 3 กิจกรรมแรกคือ การจัดการเพื่อให้มีการตรวจไขมันในเส้นเลือด การตรวจภาวะซิดของร่างกาย และการเอ็กซเรย์ปอด นับเป็นเรื่องจำเป็นที่สถานบริการจะต้องจัดกระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมมักจะถูกละเลย เพราะว่าผลจากการไม่ได้ปฏิบัติยังไม่ปรากฏให้เห็นชัดเจนในทันทีทันใด การตรวจไขมันในเส้นเลือดเป็นประจำ สม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากหลอดเลือดตีบแคบ เลือดไหลเวียนไม่สะดวกและเป็นอัมพาต ส่วนการตรวจภาวะซิดของร่างกายนั้นก็เป็นเรื่องจำเป็น เพราะว่าโดยปกติทั่วไปผู้สูงอายุมักจะมีภูมิต้านทานอาหารประกอบกับความสามารถด้านการกิน การบดเคี้ยว และระบบการดูดซึมเสื่อมสมรรถภาพลง ภาวะโลหิตจางและซิดจะเกิดขึ้นเสมอในผู้สูงอายุ การจัดการทางการแพทย์เพื่อให้มีการตรวจภาวะซิดของผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องจำเป็นเพราะจะช่วยป้องกันอาการเป็นลม วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด หกล้ม และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากร่างกาย มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าปกติ การเอ็กซเรย์ปอด ก็เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่มีความจำเป็น โดยปกติผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจและการทำงานของปอด ปัญหาเกิดจากความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหน้าอกที่ใช้ในการหายใจ หน้าอกอก และกระดูกกรงอกที่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น และโรคของปอดเอง เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ และโรคถุงลมโป่งพอง

กิจกรรมอีก 3 กิจกรรมคือ การตรวจสายตา การตรวจการได้ยิน และการบันทึกจำนวนครั้งการมารับบริการของผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กิจกรรมนี้นับว่าเป็นกิจกรรมที่มีความต้องการจำเป็นเช่นกัน สุขภาพทางร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก็คือ การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบภาระกิจประจำวันหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุมักจะหงุดหงิดกับตัวเอง ไม่สามารถมองเห็นหรือได้ยินอย่างชัดเจนเหมือนก่อน อาการมองไม่ชัด มองใกล้ไม่เห็น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเลนส์ในตา เลนส์ขาดความยืดหยุ่นและเลนส์ตาขุ่น การมองไม่เห็นจะเกิดจากต้อกระจก ต้อหิน หรือจอตาเสื่อมจากโรคเบาหวาน ความผิดปกติอื่น ๆ ที่พบก็คือ การปรับสายตาและการรับรู้ต่อสีไม่ดี น้ำตาไหล หรือน้ำตาแห้ง และ

กล้ามเนื้อตาอ่อนแรง ทำให้เปลือกตาม้วนเข้าข้างใน ในเรื่องของการได้ยินที่เป็นปัญหา มักจะเกิดจากความผิดปกติในช่องหูภายใน การพ่นตัวของ cochlea ส่วนที่เป็นวง ๆ ของช่องหูภายใน และการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อส่วนที่เกี่ยวกับการนำเสียง นอกเหนือจากการได้ยินแล้ว ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับหูคือ การมีเสียงดังในหู อาการรู้สึกหมุน อาการเจ็บข้างในหรือรอบ ๆ หู และการมีก้อนหรือมีแผลในหู ด้วยเหตุผลและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น การตรวจการมองเห็นและการได้ยินน่าจะเป็นกิจกรรมบริการพยาบาลที่จัดอย่างเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ และในการจัดบริการอย่างเพียงพอแล้ว การจัดการให้ผู้สูงอายุได้มารับบริการสม่ำเสมอ โดยการจดบันทึกและติดตามการรับบริการพยาบาลของผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องสำคัญเช่นกัน

1.3 เมื่อจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ แล้วทำการทดสอบสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่รายงานการได้รับการพยาบาลในชมรมผู้สูงอายุ ตารางที่ 5. 9 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการพยาบาล 3 เรื่อง คือ การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชน การยอมรับนับถือผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโส และการจัดการให้มีการรักษาน้ำบาดาลสิ่งผิดปกติ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดไว้แล้วอย่างเพียงพอ และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า กิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่มีการยอมรับและปฏิบัติกันอยู่แล้วว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมการพยาบาลอีก 1 ข้อคือ การจัดการให้มีการตรวจการได้ยิน พบว่า เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ยังจัดได้ไม่เพียงพอและไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า กิจกรรมเรื่องการจัดการให้มีการตรวจการได้ยิน เป็นกิจกรรมที่จะต้องเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจต่อไป

2. ในสถานลงเคราะห์ผู้สูงอายุ

2.1 การวิจัยครั้งนี้โดยผลสรุปเกี่ยวกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1.1 ตารางที่ 13 พบว่า พยาบาล 1 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 102.16 คน และโดยเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ทั้งหมด (คือ พยาบาลและผู้ดูแล) จำนวน 1 คน จะดูแลผู้สูงอายุจำนวน 6.77 คน

2.1.2 ตารางที่ 17 พบผู้สูงอายุร้อยละ 19.23 (คือ 0.38 + 4.23 + 14.62) ที่มีปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเอง นั่นก็คือในสถานสงเคราะห์จะมีผู้สูงอายุร้อยละ 19.23 ที่ต้องการบริการการพยาบาล และเมื่อพิจารณาตารางที่ 14 จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในสถานสงเคราะห์ที่เป็นตัวอย่างประชากรมีผู้สูงอายุจำนวนตั้งแต่ 57-294 คน เฉลี่ยสถานสงเคราะห์ละ 33.89 คน ดังนั้นเฉลี่ยใน 1 สถานสงเคราะห์ จะมีผู้สูงอายุจำนวน 25.74 คน ที่ต้องการบริการการพยาบาล (100 คน ต้องการบริการการพยาบาล 19.23 คน ดังนั้น 133.89 คน จะต้องการบริการการพยาบาลเท่ากับ 25.74 คน)

2.1.3 ตารางที่ 14 สถานสงเคราะห์ 9 แห่ง พบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นอัมพาต หรือหลงลืมขั้นรุนแรง จำนวนทั้งหมด 230 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09 ผู้สูงอายุเหล่านี้ในสถานสงเคราะห์แต่ละแห่ง ได้จัดให้อยู่รวมกันในห้องรวมเฉพาะ

งานวิจัยของ ประพนอม โอทกานนท์ และคณะฯ เรื่อง "การพัฒนามาตรฐานเชิงโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาล ระยะที่ 1 : การสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับข้อความมาตรฐานเชิงโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาล" ปี 2534 ตารางที่ 7 หน้า 44 ได้แสดงข้อค้นพบว่า พยาบาลประจำการเห็นด้วยในระดับมาก ที่จะจัดให้มีสัดส่วนการปฏิบัติงานบริการพยาบาล ดังนี้

หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ช่วยในการพยาบาล : ผู้ป่วยนอก
= 7 : 9 : 200

หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ช่วยในการพยาบาล : ผู้ป่วยใน
= 7 : 9 : 30

หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ช่วยในการพยาบาล : ผู้ป่วยในหอ
อภิบาลผู้ป่วยหนัก = 12 : 4 : 4

หากพิจารณาข้อ 2.1.1, 2.1.2 และ 2.1.3 และเปรียบเทียบว่าผู้สูงอายุทั้ง 3 ประเภทก็คือ ผู้ป่วยนอก (คือ ผู้ที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) ผู้ป่วยในและผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ก็จะได้ชัดเจนว่า สถานสงเคราะห์จำเป็นจะต้องจัดหาอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพสำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยที่สำคัญอีก 2 ประการ ที่ช่วยสนับสนุนความต้องการจำเป็นในการจัดหาอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุ ก็คือ ตารางที่ 15 พบผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องเข่าบั้นท้ายถึงร้อยละ 36.92 และตารางที่ 16 พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 71.15

2.2 ผลการตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้รายละเอียดความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.2.1 สุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ ความต้องการการพยาบาลในการดูแลเรื่องเล็บ (เล็บยาว ดำ สกปรก) ผิวหนัง และผม เป็นต้น เป็นแผล และคัน และเมื่อจำแนกผู้สูงอายุตามภาค 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ก็พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความต้องการการพยาบาลในเรื่องนี้

2.2.2 ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการพยาบาลใน 3 อันดับแรก คือ กระจกและข้อ เหนืออกและฟัน และการขับถ่ายมีสภาวะ

ความต้องการในเรื่องกระจกและข้อเป็นความเจ็บป่วยที่พบเป็นอันดับ 1 เช่นกัน เมื่อให้ผู้สูงอายุนำรายงานความเจ็บป่วยของตนเอง ความต้องการในเรื่องนี้ที่ตรวจร่างกายพบก็คือ ผู้สูงอายุจะมีอาการปวดหลัง ปวด หรือปวดบวมตามข้อ กระจกสันหลัง เข้ามีการเสียวรูป คือ ไตงหรืออเข้า กระจกสันขามีการบิดหรือโค้งออก ยงยุกท วัชรตุลย์ ได้เขียนบทความแนะนำเกี่ยวกับปัญหาเรื่องกระจกและข้อในคนสูงอายุ สรุปประเด็นน่าสนใจได้ว่า ในผู้สูงอายุกระจกจะบางลง ทำให้มีการยุบตัวและหักได้ง่าย กระจกสันหลัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุสตรีจะโป่งบางมากจนบางครั้งมีการยุบตัว เกิดความเจ็บปวดและหลังโก่ง การหักของกระจกที่พบได้มากคือบริเวณข้อมือ กระจกสันขา และกระจกสะบ้า การระมัดระวังอุบัติเหตุไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้มเป็นเรื่องสำคัญมาก และผู้สูงอายุควรได้อาหารประเภท นม ไข่ ปลาตัวเล็ก ๆ หรือปลาน้ำจืด เนื้อสัตว์ไขมันต่ำที่สุกแล้วไป ในเรื่องข้อเข่าอักเสบหรือปวดเข่า ยงยุกท วัชรตุลย์ ได้เสนอแนะไว้ว่า หากผู้สูงอายุมีร่างกายอ้วนก็ควรลดน้ำหนัก หากมีอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าอักเสบควรพักรักษาตัว เดินแต่เนือยจนกว่าอาการอักเสบจะทุเลา สำหรับอาการปวดหลังมักเกิดจากการเสื่อมสภาพของกระจกสันหลังเอง และจะปวดมากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุอยู่ในอิริยาบถบางท่าที่ผิดและนั่งอยู่นาน อาการปวดจะเรื้อรัง และกลายเป็นกล้ามเนื้ออักเสบได้

ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เรื่อง เหงือกและฟัน ก็เป็นเรื่องน่าสนใจมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้สนใจการรักษาความสะอาดของ ปากและฟัน การเคี้ยวหมากเป็นประจำทุกวัน การไม่แปรงฟัน และการดื่มน้ำน้อย และการที่ผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะเข่ามีปัญหาเสื่อม อยู่ในภาวะซึมเศร้าหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องความสะอาดของเหงือกและฟัน และผลจากการที่เหงือกและฟัน สกปรกจะพบว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้ ไม่มีความอยากที่จะรับประทานอาหาร

ปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุที่พบก็คือ ไม่สามารถ กลืนปัสสาวะได้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย และการขับถ่ายรบกวนเวลาพักผ่อน และรบกวนการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันมาก

จากที่อภิปรายมาพอจะสรุปได้ว่า มีความต้องการจำเป็นที่จะต้อง จัดบริการการพยาบาลในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และงานวิจัยนี้ได้แสดงถึงลักษณะ ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุไว้แล้วเช่นกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นักการศึกษานพยาบาลควรพิจารณาถึงความต้องการจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีบริการ การพยาบาลในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ตั้งแต่การจัดการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติงาน ของนักศึกษานพยาบาล การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ และการศึกษาค้นคว้าวิจัยในเรื่องการ พยาบาลผู้สูงอายุ ควรจะให้ครอบคลุมสถานที่ ทั้ง 2 แห่งนี้ด้วย
2. ผู้นำทางการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในชมรมและ สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ควรจัดอัตรากำลังเพื่อให้มีพยาบาลวิชาชีพสำหรับให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในสถานที่ทั้ง 2 แห่ง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในชมรมผู้สูงอายุ

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการเผยแพร่ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เรื่อง เนคส์มีทซ์
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดมีการปฏิบัติใน 6 เรื่อง

สำหรับผู้สูงอายุ คือ

- 2.1 การตรวจไขมันในเส้นเลือด
- 2.2 การตรวจสายตา
- 2.3 การตรวจการได้ยิน
- 2.4 การตรวจภาวะที่ดของร่างกาย
- 2.5 การเอ็กซเรย์ปอด
- 2.6 การบันทึกจำนวนครั้งของการมาใช้บริการชมรม

ในสถานสงเคราะห์

1. ควรมีการศึกษาหารูปแบบการบริการพยาบาลที่เหมาะสมของแต่ละสถานสงเคราะห์
2. ควรมีการศึกษาหารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหา เรื่องต่อไปนี้
 - 2.1 กระตุกและข้อ
 - 2.2 เหงือกและฟัน
 - 2.3 การขับถ่ายปัสสาวะ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาผู้สูงอายุในท้องถิ่น. เอกสารประกอบการประชุม
เชิงปฏิบัติการระดับชาติ. "การพัฒนานโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคมต่อผู้สูงอายุใน
ท้องถิ่น", สิงหาคม 2536. (อัดสำเนา)
- กรมประชาสัมพันธ์, กองสวัสดิการสงเคราะห์. นโยบายและการจัดโครงการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุในส่วนของกรมประชาสัมพันธ์. ในเอกสารประกอบการประชุม
วิชาการ เรื่อง "ส่องส่องในผู้สูงอายุ : ทิศทางใหม่ของการวิจัยและการจัดการ
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ", มกราคม 2532. (อัดสำเนา)
- คณะทำงานพิจารณาโยบายและมาตรการหลักเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ. สาระสำคัญของนโยบาย
และมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554). กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์หม่อมกุฎราชวิทยาลัย 2535, 39 หน้า.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์, ยุทธนา อักษรนันท์ และวิญญูรัตน์ ตันศิริ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- นภาพร ชัยวรธรรม และมาลินี วงษ์สิทธิ์. ประชากรผู้สูงอายุไทยและปัญหาสุขภาพ.
ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการด้านประสาทวิทยา ครั้งที่ 1 เรื่อง
"ส่องส่องในผู้สูงอายุ", 2532. (อัดสำเนา).
- นภาพร ชัยวรธรรม และศิริวรรณ คิริบุญ. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านสังคมและประชากร
ในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง "การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย", ธันวาคม 2536. (อัดสำเนา).
- นัยพินิจ คชภักดี. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยด้านวิทยาศาสตร์ชีวภาพและ
การแพทย์. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง "การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย", ธันวาคม 2536. (อัดสำเนา).
- ประนอม โอทกานนท์. "กระบวนการพยาบาล" วารสารการศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 1
มกราคม 2537 หน้า 25-30.

ยงยุทธ วิชรดุลย์. "โรคกระดูกและข้อในผู้สูงอายุ" เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง โรคกระดูกในผู้สูงอายุ บรรยายแก่นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536. 12 หน้า.

ประสพ รัตนากร. บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง "ลมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : ทิศทางใหม่ของการวิจัยและจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ". มกราคม 2532. (อัดสำเนา)

พินธุ์ ประเสริฐสิทธิ์. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.

วิกร ตันทุกโต และ รักษา การกรณ์. ผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2529.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. การพัฒนามาตรฐานเชิงโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาลระยะที่ 1 การสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับข้อความมาตรฐานเชิงโครงสร้างของฝ่ายการพยาบาล, 2534, 110 หน้า.

สุทธิชัย ฉิตะพันธ์กุล. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 11 (พฤศจิกายน 2535) : 821-827.

เสาวณี กานต์เดชาวัฑฒ์. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

ศรีจิตรา บุญนาค, บังอร ชมเดช และ กัมมันต์ พันธุมจินดา. Hand book in Health Care for the Elderly Book I. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1991.

_____. Hand book in Health Care for the Elderly Book II. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1992.

ศิริวรรณ ทิริบุญ. ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

ศศิพันธุ์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

ภาษาไทยอังกฤษ

- American Nurses' Association. A Statement on the Scope of Gerontological Nursing. Division on Gerontological Nursing Practice. ANA Publication, 1981.
- Adams, G.F. Essentials of Geriatric Medicine. New York : Oxford University Press, 1986.
- Birren, J.E. (ed). Hand book of Aging and the Individual. Chicago : The UIC Press, 1959.
- Birren, J.E. and Bengtson, V.L. Emergent Theories of Aging. New York Springer Publishing Co., 1988.
- Carnevali, D.L. and Patrick, M. Nursing Management for Elderly. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1986.
- Chayovan, Napaporn and others. Socio-Economic Consequences of the Ageing of The Population : Thailand. Institute of Population Studies, Chulalongkorn University. 1988, 198 p.
- Chenitz, Carole W., Stone, Joyee Takana and Salisbury, Sally A. Clicical Gerontological Nursing : A Guide to Advanced Practice. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1991.
- Elmurry, B. Health Assessment of Older Women Interview Guide. Chicago : University of Illinois at Chicago, 1989.
- Gordon, Majory, Nursing Diagnosis : Process and Application. New York : McGraw - Hill., 1987.
- Gould, M.T. Nursing Home Elderly : Social-Environment Factors. Journal of Gerontological Nursing. 18 (August 1992) : 13-20.
- Jerovec, M.M. and Maxwell, B.A. Nursing Home Residents : Functional Ability and Perceptions of Choice. Journal of Gerontological Nursing. 19 (September 1993) : 10-14.

- Jittapunkul, S., Bunnag, S. and Ebrahim, S. Health Care for Elderly People in Developing Countries : A Case Study of Thailand. Age and Aging. 22 (1990) : 377-381.
- Munro, Barbara Hazard and others. Statistical Methods for Health Care Research. New York : J.B. Lippincott Co., 1986, 381 p.
- National League for Nursing. Strategies for Long Term Care. New York : National League for Nursing, 1988.
- Regelson, W. and Sinex, F.M. Intervention in the Aging Process. New York : Alan R. Liss, Inc., 1983.
- Turner, T.A. The Role of Advocacy Organizations in Strategies for long Term Care. New York : National League for Nursing, 1988.
- Wagnild, Gail and Young, Heather M. "Resilience Among Older Women" Journal of Nursing Scholarship. Vol. 22 No. 4 1990, p. 252.
- Weeks, J.R. Aging : Concepts and Social Issues. California : Wadsworth Publishing Company, 1984.
- Wetle, Terrie (ed.) Handbook of Geriatric Care 1982.
- Yura, Helen and Walsh, Mary. The Nursing Process. New York, Appleton-Century-Crofts, 1973, 215 p.

ภาคผนวก ก

จดหมายขอความร่วมมือ

ที่ ทม 0342/

พฤษภาคม 2536

เรื่อง ขอความร่วมมือการทำวิจัย

เรียน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิจัย 1 ฉบับ

เนื่องด้วยดิฉัน นางประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 ปฏิบัติงานในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับทุนงบประมาณแผ่นดินศึกษาวิจัยเรื่อง "ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ" จากการร่วมตัวอย่างได้ตัวอย่างสถานสงเคราะห์ตามรายการที่แนบมาด้วย คณะพยาบาลศาสตร์จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านอนุญาตให้ นางประนอม โอทกานนท์ ได้เข้าศึกษาในสถานสงเคราะห์ดังกล่าวตามวัน-เวลาที่กำหนด ทั้งนี้ นางประนอม โอทกานนท์ จะประสานงานและติดต่อให้รายละเอียดการเดินทางแก่สถานสงเคราะห์แต่ละแห่งอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์หวังในความร่วมมือจากท่าน ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสมคิด รักษาสัตย์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

14 กรกฎาคม 2536

เรื่อง ขอความร่วมมือการทำวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครราชสีมา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพร

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิจัย 1 ฉบับ

เนื่องด้วยดิฉัน นางประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 ปฏิบัติการในตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับทงงบประมาณแผ่นดินศึกษาวิจัยเรื่อง "ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ" จากการสัมตัวอย่างได้ชมรมผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน เป็นตัวอย่างชมรมของการศึกษาคั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านอนุญาตให้นางประนอม โอทกานนท์ ได้เข้าศึกษาในชมรมผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ นางประนอม โอทกานนท์ จะติดต่อให้รายละเอียดการเดินทางแก่ฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลของท่านอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์หวังในความร่วมมือจากท่าน ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสมคิด รักษาสัตย์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพที่ผู้วิจัย

รศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์ ที่ทำงาน 21827๐3

ที่บ้าน 5873895

27 กรกฎาคม 2536

เรื่อง ขอความร่วมมือการทำวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิจัย 1 ฉบับ
2. แบบสอบถามผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เนื่องด้วย นางประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 ปฏิบัติการในตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับทูลงบประมาณแผ่นดินศึกษาวิจัยเรื่อง "ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ" จากการสัมมนาดังกล่าวได้ชมรมผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน เป็นตัวอย่างชมรมของการศึกษาครั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านอนุญาตให้นางประนอม โอทกานนท์ ได้เข้าศึกษาในชมรมผู้สูงอายุในหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ นางประนอม โอทกานนท์ จะติดต่อให้รายละเอียดการเดินทางแก่ผู้ที่ท่านมอบหมายอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์หวังในความร่วมมือจากท่าน ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสมคิด รักษาสัตย์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์ผู้วิจัย

รศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์ ที่ทำงาน 2182703

ที่บ้าน 5873895

ที่ ทม ๐342/

5 ตุลาคม 2536

เรื่อง ขอความร่วมมือการทำวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จ. มหาสารคาม

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิจัย 1 ฉบับ

เนื่องด้วยดิฉัน นางประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 ปฏิบัติการในตำแหน่ง
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับทุนงบประมาณแผ่นดินศึกษาวิจัยเรื่อง "ศึกษาความต้องการการพยาบาล
ของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ" จากการสุ่มตัวอย่างได้ชมรมผู้สูงอายุในหน่วยงาน
ของท่าน เป็นตัวอย่างชมรมของการศึกษาครั้งนี้ ดิฉันจึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน อนุญาต
ให้เข้าศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ ในหน่วยงานของท่าน ทั้งนี้ดิฉันและนิสิตปริญญาโท จะประสานงานและติดต่อ
ให้รายละเอียดการเดินทางแก่ท่านอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์หวังในความร่วมมือจากท่าน ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางประนอม โอทกานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ ทม ๑342/111

8 มีนาคม 2536

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน

เนื่องด้วยดิฉัน นางประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ ระดับ ๑ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ" ด้วยทุนงบประมาณแผ่นดิน ปี 2536 ในการนี้ จำเป็นต้องอาศัยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ดิฉันจึงเรียนมาเพื่อขอความกรุณาจากท่านได้โปรดพิจารณาเครื่องมื่อวิจัยในเรื่องนี้เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ทั้งนี้ดิฉันและคณะจะติดต่อวันเวลาสะดวกของท่านในโอกาสต่อไป

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางประนอม โอทกานนท์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์

31 พฤษภาคม 2536

เรื่อง ขอความร่วมมือในการลองใช้เครื่องมือ

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ ระดับ 9 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะ กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "ศึกษาความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ" ด้วยทุนงบประมาณแผ่นดิน ปี 2536 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านอนุญาตให้ นางประนอม โอทกานนท์ และคณะ นำเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อให้ได้เครื่องมือการทำวิจัยประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ในเรื่องวัน เวลา ที่จะมาลองใช้เครื่องมือด้วยตนเองอีกครั้ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังในความร่วมมือจากท่าน และขอ
ขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสมคิด รัชกาลีสต์ย์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ติดต่อประสานงาน นางประนอม โอทกานนท์ โทร. 21827๒3

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์เกษม ตันติผลาชีวะ

นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

พล.ต.ต. ม.ร.ว.ถวัลภากร วรวรณ

นท.หญิง อรุณี ม่วงน้อยเจริญ

รศ.พญ.อรฉัตร โทษยานนท์

ผศ. จรัสวรรณ เทียนประภาส

ผศ.ดวงฤดี ลาคุขะ

อาจารย์แสงจันทร์ ทองมาก

อาจารย์พรทิพย์ กิตติอัคร เสถียร

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โรงพยาบาลตำรวจ

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

หัวหน้าสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลศิริราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินี

กรุงเทพมหานคร

ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการ

โรงพยาบาลปิยะเวท

ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย
และตัวอย่างการคำนวณ

1. หาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยใช้การคำนวณหาความสัมพันธ์เพียร์สัน

(Pearson Product Moment Correlation Coefficient) (quote in Munro, Barbara Hazard 1986, p. 73)

$$r = \frac{\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\left(\frac{\sum X^2 - (\sum X)^2}{n} \right) \left(\frac{\sum Y^2 - (\sum Y)^2}{n} \right)}}$$

2. การทดสอบความเป็นอิสระ k กลุ่ม โดยใช้ χ^2 test quote in Munro,

Barbara Hazard 1986, p. 132.

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

ตัวอย่างการคำนวณ

χ^2 ตารางที่ 10 หน้า 98 ข้อ 11

	ทบวง	กระทรวง	เอกรชน	รวม
	166.85	29.11	26.27	
	187	35	0	222
	69.15	12.0	10.73	
	49	6	37	92
รวม	236	41	37	314

$$\begin{aligned} \text{ถ้า } 314 &= 222 \\ &= \frac{222}{314} \times 236 = 0.71 \times 236 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &= 166.85 \\ \text{ถ้า } 314 &= 92 \\ 236 &= \frac{92}{314} \times 236 = 0.29 \times 236 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \chi^2 &= \frac{(187-166.85)^2}{166.85} + \frac{(35-29.11)^2}{29.11} + \frac{(0-26.27)^2}{26.27} \\ &\quad + \frac{(69.15-49)^2}{69.15} + \frac{(6-12.01)^2}{12.01} + \frac{(37-10.73)^2}{10.73} \\ &= 2.43 + 1.19 + 26.27 + 5.87 + 3 + 64.31 + \\ &= 103.07 \end{aligned}$$

3. การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

การทดสอบโดยใช้อัตราส่วน F

$$\text{สูตร } F = MS_b / MS_w$$

ตัวอย่างการคำนวณ

จากตาราง 20 p. 112 ข้อ 2 ผนวก

$$N_1 = 34, N_2 = 30, N_3 = 112, N_4 = 74$$

$$\sum X_1 = 47, \sum X_2 = 40, \sum X_3 = 158, \sum X_4 = 103$$

$$(\sum X_1)^2 = 2209, (\sum X_2)^2 = 1600, (\sum X_3)^2 = 24964, (\sum X_4)^2$$

$$= 10609 = 465.78$$

$$SS_c = 39382 - 465.78 = 38916.22$$

$$SS_b = \frac{2209}{34} + \frac{1600}{30} + \frac{24964}{122} + \frac{10609}{74}$$

$$= 64.97 + 53.33 + 204.62 + 143.36 = 466.28$$

$$= 64.97 + 53.33 + 204.62 + 143.36 = 466.28$$

$$SS_w = SS_c - SS_b$$

$$= 38916.22 - 466.28 = 38449.94$$

$$MS_b = \frac{466.28}{3} = 155.43$$

3

$$MS_w = \frac{38449.94}{256} = 150.2$$

256

$$F = MS_b / MS_w = \frac{155.43}{150.2}$$

150.2

$$= 1.03$$

ภาคผนวก ง เครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์การได้รับบริการการพยาบาล

ของ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

จำนวน 1 ชุด

สำหรับผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

แบบสำรวจ

การได้รับบริการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ชื่อผู้สูงอายุ.....

ชมรมผู้สูงอายุ.....

ชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

1. อ่านคำถามในแบบสำรวจแล้วให้ผู้สูงอายุตอบข้อความแต่ละข้อ
2. แบบสำรวจมี 2 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 : เป็นข้อมูลของผู้ตอบ
 - ส่วนที่ 2 : เป็นข้อมูลการได้รับการบริการพยาบาลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ บริการพยาบาลจำแนกเป็น 2 ด้าน
 - ด้านที่ 1 การปฏิบัติการพยาบาล
 - ด้านที่ 2 การจัดการทางการพยาบาล

ส่วนที่ 1 โปรดตอบข้อความแต่ละข้อ โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย
<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> แยก
<input type="checkbox"/> คู่	
4. ท่านมารับบริการของชมรมผู้สูงอายุ
 - ทุกอาทิตย์ตามที่มิกิจกรรมชมรม
 - เดือนละ 1 ครั้ง
 - มากกว่า 3 เดือน / 1 ครั้ง แต่ไม่ถึง 1 ปี
 - ปีละครั้ง

ส่วนที่ 2 การได้รับบริการพยาบาล

ด้านที่ 1 การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล	ได้	ไม่ได้
<u>การส่งเสริมสุขภาพกาย/ใจ</u>		
ท่านได้รับสิ่งต่อไปนี้จากชมรมหรือไม่		
1. คำแนะนำเรื่องการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย.....		
2. คำแนะนำประเภทของอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย.....		
3. คำแนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย.....		
4. คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลในเรื่องผิวหนัง เล็บมือ เล็บเท้า ความสะอาดปากและฟัน.....		
5. คำแนะนำในเรื่องการใช้ยาสามัญประจำบ้าน.....		
6. คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต.....		
7. คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่/บุคคลที่เกี่ยวข้องในชมรม.....		
8. คำแนะนำเรื่องแหล่งบริการสุขภาพในชุมชน.....		
9. การแนะนำตัวเองของพยาบาลให้ท่านรู้จัก.....		
10. ให้ออกปัญหาความรู้สึก ความต้องการของท่าน.....		
11. เจ้าหน้าที่พร้อมที่จะให้การช่วยเหลือแก่ท่านทุกเมื่อ.....		
12. การสอบถามอาการเจ็บป่วยที่ท่านเป็นอยู่.....		
13. แจ้งให้ท่านทราบล่วงหน้าก่อนที่จะให้การพยาบาล.....		
14. การยอมรับความบกพร่องของท่าน เช่น การได้ยิน การเห็น การรับรู้ส การสัมผัส.....		
15. การยอมรับว่าท่านเป็นสมาชิกคนหนึ่งของชุมชน.....		
16. การยอมรับและนับถือท่านในฐานะผู้ป่วย.....		
17. ให้ความสำคัญในความสามารถของท่าน.....		
18. ให้คำแนะนำปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องเพศ.....		

การปฏิบัติการพยาบาล	ได้	ไม่ได้
<u>การป้องกัน</u>		
19. ให้ข้อมูลเรื่องโรคและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่พบมากใน ผู้สูงอายุ.....
20. บอกวิธีป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค.....
21. ให้คำแนะนำเรื่องเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม.....
22. ให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ.....
<u>การรักษา</u>		
23. ให้การพยาบาลหรือการช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญของปัญหา....
24. ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล.....
<u>การฟื้นฟู</u>		
25. กระตุ้นท่านให้ช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน.....
26. ให้ท่านได้แสดงความสามารถและความถนัดให้ปรากฏแก่คนทั่วไป....
27. การส่งต่อให้ไปรับการดูแลรักษายังสถานที่ ๆ เหมาะสม เมื่อท่าน ต้องการ.....
28. คำแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม.....
29. แนะนำและฝึกหัดวิธีการหายใจเข้าออก เพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ การหายใจ.....
30. คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย.....

ด้านที่ 2 การจัดการทางกายภาพ

การปฏิบัติการพยาบาล	ได้	ไม่ได้
1. อธิบายเป้าหมายการบริการที่ให้แก่มหาชนผู้สูงอายุอย่างชัดเจน.
2. แนะนำวิธีการรับบริการภายในชมรม.....
3. ประสานงานและให้บริการตรวจสอบคุณภาพในเรื่องต่อไปนี้แก่ท่าน		
3.1 การชั่งน้ำหนัก.....
3.2 การวัดความดันโลหิต.....
3.3 การตรวจไขมันในเส้นเลือด.....
3.4 การตรวจเบาหวาน.....
3.5 ภาวะซิดของร่างกาย.....
3.6 การตรวจสายตา.....
3.7 ตรวจการได้ยิน.....
3.8 เอ็กซเรย์ปอด.....
3.9 การตรวจปัสสาวะ.....
3.10 ให้การบำบัดรักษาในสิ่งผิดปกติ.....
4. มีผู้รับผิดชอบประสานงานของชมรม.....
5. แนะนำสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ.....
6. จัดบริการฟื้นฟูสภาพตามปัญหาของผู้สูงอายุ.....
7. มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุไปรับการดูแลรักษา เพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพที่ดี.....
8. มีการบันทึกกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละราย..
9. มีบันทึกรายงานจำนวนครั้งของการมาใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ (ชมรมผู้สูงอายุ).....
10. จัดบรรยากาศในชมรมให้มีการถ่ายเทของอากาศที่ดี.....

การปฏิบัติการพยาบาล	ได้	ไม่ได้
11. ดูแล จัดการ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้.....
12. มีการสำรวจความพอใจในการบริการของชมรม โดยสอบถาม ความเห็น.....

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

จำนวน 5 ชุด

- ชุดที่ 1 แบบตรวจสอบรายการในสถานสงเคราะห์
- ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับเซาว์ปัญญาของผู้สูงอายุ
- ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
- ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความสามารถช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

ชุดที่ 1

แบบตรวจสอบรายการสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

- คำชี้แจง**
1. ให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้แทนเกี่ยวกับรายการต่าง ๆ
 2. การลงบันทึกความเห็น จะเป็นข้อมูลร่วมกันจากการสัมภาษณ์ การตรวจสอบและ
การสังเกต

1. การบันทึกรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 1.1 แฟ้มประวัติส่วนตัว
- 1.2 ใบรายงานความก้าวหน้าเรื่องสุขภาพ
- 1.3 ใบรายงานการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
- 1.4 ใบสำคัญอื่น ๆ.....
-

2. เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นที่ใช้ภายในสถานสงเคราะห์

- 2.1 รถเข็น
- 2.2 ไม้ค้ำยัน
- 2.3 เครื่องกายอุปกรณ์
- 2.4 อื่น ๆ.....
-

3. อาคารสถานที่

- 3.1 เป็นสัดส่วน
- สภาพภายในอาคาร
- 3.2 มีลักษณะเหมือนบ้าน
- 3.3 อากาศถ่ายเทได้สะดวก
- 3.4 เติงนอนไม่แออัด
- 3.5 ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน
- 3.6 มีสถานที่นั่งพักผ่อนเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 2 ม² : 1 คน คิดจำนวนผู้สูงอายุ
ร้อยละ 20)

- [] 3.7 ภายในอาคารสะอาดเรียบร้อย
- [] 3.8 แสงสว่างเพียงพอ
- [] 3.9 ห้องน้ำและห้องสุขามีเพียงพอ (1 ห้อง : 5 คน)
- [] 3.10 สถานที่บำเพ็ญกิจทางศาสนา
- [] 3.11 ห้องกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

4. สัดส่วน

4.1 พยาบาล : ผู้สูงอายุ

= :

4.2 ผู้ดูแล : ผู้สูงอายุ

= :

4.3 เจ้าหน้าที่ทั้งหมด : ผู้สูงอายุ

= :

5. จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในห้องรวมเฉพาะ (ห้องที่จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีอาการหลงลืมขั้นรุนแรง เป็นอัมพาตหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

= คน

ชุดที่ 2

แบบประเมินระดับเชาว์ปัญญาผู้สูงอายุ

- คำชี้แจง
- ก. ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความ
- ข. ให้คะแนน 1 เมื่อผู้สูงอายุตอบถูกต้อง
ให้คะแนน 0 เมื่อผู้สูงอายุตอบไม่ถูกต้อง
- ค. สรุป ติความระดับเชาว์ปัญญาของผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ที่กำหนดให้

	<u>คำถาม</u>	<u>คำตอบถูกต้อง</u>	<u>คะแนน</u>
1.	ขณะนี้กี่โมง ?	(อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)	1 / 0
2.	พูดคำว่า "ร่วม, กะทะ, ประตุ" ให้ฟังซ้ำ ๆ ซัด ๆ 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที (ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	"ร่วม" "กะทะ" "ประตุ"	1 / 0
3.	เดือนนี้เดือนอะไร ?	(อาจตอบเป็นเดือนไทย/เดือนสากลก็ได้)	
4.	คนนั้นเป็นใคร ? (ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์, พยาบาล หรือบุคคลใกล้เคียง)		1 / 0
5.	ให้ผู้ถูกทดสอบทำคำสั่งที่จะบอกต่อไปนี้ "ให้ตบมือสามทีแล้วบอก"	(ให้ 1 คะแนน ถ้าทำได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน)	1 / 0

	คำถาม	คำตอบ	คะแนน
6.	จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ "หนีเสือปะจระเข้"		1 / 0

* ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง

- ก. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก
- ข. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตราย
ไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก
- ค. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม

"น้ำบ่อทราย"

คำตอบที่ถูกต้อง

- ก. ได้รับผลแน่นอน แต่ได้รับทีละน้อยและสม่ำเสมอ
- ข. ได้รับผลตอบแทนแน่นอน ไม่อดอยาก
- ค. ได้รับผลตอบแทนแน่นอน ไม่ขาดแคลน

"หลอกเสือออกจากถ้ำ"

คำตอบที่ถูกต้อง

- ก. หลอกให้เขาชะล่าใจ
- ข. หลอกให้เข้าใจผิด
- ค. หลอกให้หลงเชื่อ

7.	ถามผู้ถูกทดสอบว่า "ถ้าจำไม่ได้ว่าวางของ (แว่นตา, หนังสือ, มีด ระบุ.....) ไว้ที่ไหน จะทำอย่างไร		
----	--	--	--

(ให้ 1 คะแนน ถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม
โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไข
ปัญหาด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความ
เสียหายมาก)

ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน

1

- ก. พยายามนั่งทนทวนว่าวางของไว้ที่ไหน
 ข. ถามคนใกล้เคียงว่าเห็นของสิ่งนั้นหรือไม่
 ค. บอกคนข้างเคียงว่าตนเองจำไม่ได้ว่า
 วางของไว้ที่ไหน ถ้าพบเห็นขอให้บอกด้วย

ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน

0

- ก. ไม่รู้จะทำอย่างไร
 ข. หงุดหงิด น้อยใจตนเองที่จำไม่ได้
 ค. บ่น เกรี้ยวกราดกับคนใกล้เคียง

8. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10-20

1 / 0

(ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้อง
 ตามลำดับทั้งหมด)

9. ซี้ไปที่ ผู้หม แล้วถามว่าคืออะไร ? /
 เรียกว่าอะไร ?

1 / 0

ซี้ไปที่ ถึงชยะ แล้วถามว่าคืออะไร ? /
 เรียกว่าอะไร

10. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20
 ทั้งหมด 3 ครั้ง

(ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้
 ถูกต้องทั้งหมด 1 คะแนน)

1 / 0

$$20 - 3 = ก$$

$$ก = 17$$

$$ก - 3 = ข$$

$$ข = 14$$

$$ข - 3 = ค$$

$$ค = 11$$

เกณฑ์การตีความ

1. 8 - 10 คะแนน หมายถึง เซาว์บัญญัติอยู่ในระดับปกติ
2. 6 - 7 คะแนน หมายถึง เซาว์บัญญัติอยู่ในระดับมีปัญหาเล็กน้อย
3. 3 - 5 คะแนน หมายถึง เซาว์บัญญัติอยู่ในระดับมีปัญหามาก
4. 0 - 2 คะแนน หมายถึง เซาว์บัญญัติอยู่ในระดับมีปัญหามาก

สรุป ผู้สูงอายุรายนี้ เซาว์บัญญัติได้คะแนน.....
 เซาว์บัญญัติอยู่ในระดับ.....

ชุดที่ 3

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

- ก. สอบถามผู้สูงอายุด้วยการขึ้นต้นประโยคว่า
 ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกว่..... คะแนน
- ข. วงกลม คำว่า "ใช่" เมื่อผู้สูงอายุตอบรับ
 วงกลม คำว่า "ไม่ใช่" เมื่อผู้สูงอายุตอบปฏิเสธ
- ค. ข้อ 1-6 ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน เมื่อตอบ ใช่
 ให้คะแนนข้อละ ๒ คะแนน เมื่อตอบ ไม่ใช่
 ข้อ 7-2๒ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน เมื่อตอบ ไม่ใช่
 ให้คะแนนข้อละ ๒ คะแนน เมื่อตอบ ใช่

- | | |
|--|--------------------|
| 1. พอใจในชีวิตความเป็นอยู่รอบตัว..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 2. รู้สึกสดชื่นเกือบตลอดเวลา..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 3. รู้สึกมีความสุขอยู่เสมอ..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 4. คิดว่าท่านโชคดีที่มีชีวิตอยู่ขณะนี้..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 5. รู้สึกว่ามีกำลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 6. รู้สึกว่าชีวิตน่าตื่นเต้น..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 7. หหมดความสนใจทุกอย่างและไม่อยากทำอะไร..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 8. รู้สึกว่าชีวิตไร้จุดหมาย..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 9. เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 10. กลัวว่าสิ่งที่ไม่ดีจะเกิดกับท่าน..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 11. รู้สึกขาดที่พึ่ง..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 12. ชอบที่อยู่ในห้องมากกว่าออกไปข้างนอกหรือทำสิ่งใหม่ ๆ..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 13. มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 14. รู้สึกว่าชีวิตค่อนข้างไร้ค่า..... | ใช่ / ไม่ใช่ |
| 15. รู้สึกหมดหวังกับสภาพในปัจจุบัน..... | ใช่ / ไม่ใช่ |

คะแนน

16. คิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าฉัน..... ใช่ / ไม่ใช่
17. รู้สึกกระวนกระวายง่าย..... ใช่ / ไม่ใช่
18. เป็นกังวลเกี่ยวกับอนาคตบ่อย ๆ..... ใช่ / ไม่ใช่
19. เป็นกังวลมากเกี่ยวกับอดีต..... ใช่ / ไม่ใช่
20. คิดมากกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ..... ใช่ / ไม่ใช่

เกณฑ์การให้ความหมาย

- ก. 16-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาซึมเศร้า
- ข. 12-15 คะแนน หมายถึง มีปัญหาซึมเศร้าเล็กน้อย
- ค. 5-11 คะแนน หมายถึง มีปัญหาซึมเศร้าปานกลาง
- ง. ๑-4 คะแนน หมายถึง มีปัญหาซึมเศร้ามาก
21. สรุป ได้คะแนน..... หมายความว่า.....

ชุดที่ 4

แบบประเมินระดับความสามารถช่วยเหลือตนเอง ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

- ก. แบบประเมินจะวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำได้จริง)
ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำหรือไม่
- ข. เป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง
- ค. ให้ผู้ประเมินพบผู้สูงอายุสังเกตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแล้วลงบันทึก
ในบางรายที่ทำการสังเกตไม่ได้ทัน ให้สอบถามจากผู้ดูแลประจำห้องของผู้สูงอายุ
- ง. สรุปตีความระดับความสามารถของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว
 - [] ๑. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - [] 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - [] 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - [] ๑. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - [] 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - [] 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - [] 3. ทำได้เอง

3. การใช้ห้องสุขา

[3 0. ช่วยตัวเองไม่ได้

[3 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

[3 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ, ถอดและใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย

4. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

[3 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

[3 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

[3 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตามหรือต้องใช้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

[3 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

5. การสวมใส่เสื้อผ้า

[3 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองทงไม่ได้หรือได้น้อย

[3 1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

[3 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม, รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้

6. การอาบน้ำ

[3 0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้

[3 1. อาบน้ำเองได้

เกณฑ์การตีความ

0-2 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย

3-5 คะแนน หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย

6-8 คะแนน หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง

9 + คะแนน หมายถึง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีมาก

ชุดที่ 5

แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป (บางกรณีอาจได้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติหรือคนใกล้ชิด)
 ชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....

- 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (บางกรณีอาจได้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติหรือคนใกล้ชิด)
 ปัจจุบัน.....

 ในอดีต.....

คำชี้แจง

- ก. ข้อความต่อไปนี้คือคำแนะนำสำหรับการตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
 - 1) ให้การยอมรับว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
 - 2) อธิบายด้วยภาษาง่าย ๆ ให้ผู้สูงอายุเข้าใจทุกครั้งที่จะสอบถามหรือตรวจร่างกาย
 - 3) หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดหรือท่าทีที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวหรือกังวลใจ
 - 4) ใช้ความอดทนในการที่จะรับฟังความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุ
 - 5) พุดคุยกับผู้สูงอายุด้วยน้ำเสียงและจังหวะเหมาะสม
 - 6) พบปะพุดคุยและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในสถานที่เงียบสงบและมีความเป็นส่วนตัว

- ข. เกณฑ์ระดับสุขภาพ
 - ระดับ 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ไม่ต้องการการรักษาและการพยาบาล
 - ระดับ 2 หมายถึง สุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ต้องการการพยาบาล
 - ระดับ 3 หมายถึง สุขภาพผู้สูงอายุในภาวะที่ต้องการการพยาบาลและการดูแลรักษาจากแพทย์

ค. เกณฑ์การตัดสินระดับสุขภาพ

หากผู้สูงอายุมีลักษณะตามเกณฑ์ในหลายระดับ ให้ตัดสินด้วยระดับที่สูงที่สุดในรายการนั้น ๑)

แบบตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

1. สุขวิทยาส่วนบุคคล

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
ผม	<input type="checkbox"/> ไม่มีรังแค <input type="checkbox"/> ไม่มีกลิ่นเหม็น <input type="checkbox"/> ไม่มีแผลหรือผื่น <input type="checkbox"/> ไม่คัน	<input type="checkbox"/> มีรังแคเล็กน้อย <input type="checkbox"/> มีกลิ่นเหม็น <input type="checkbox"/> มีแผลผื่น <input type="checkbox"/> คันเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> มีรังแคมาก <input type="checkbox"/> มีกลิ่นเหม็นมาก <input type="checkbox"/> แผลอักเสบ <input type="checkbox"/> คันรุนแรง	
ผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ผิวหนังมีความ ชุ่มชื้น <input type="checkbox"/> ไม่มีแผลหรือผื่น	<input type="checkbox"/> ผิวหนังแตกแห้ง เล็กน้อย <input type="checkbox"/> มีแผลลอก ผื่นแดง/วงต่าง ขาว/รอยช้ำ	<input type="checkbox"/> ผิวหนังแตกแห้ง มาก <input type="checkbox"/> มีแผลอักเสบ	
เล็บ	<input type="checkbox"/> เรียบ สะอาด ตัดสิน	<input type="checkbox"/> โค้ง ขรุขระ ยาว, ดำ	<input type="checkbox"/> มีพยาธิสภาพ	

2. ความต้องการการพยาบาลที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บป่วย

2.1 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
ตา	<input type="checkbox"/> มองเห็นในระยะไกลชัด <input type="checkbox"/> ตาไม่แดง <input type="checkbox"/> ไม่มี discharge	<input type="checkbox"/> สายตาวัวหรือวุ้นหรือพร่ามัวเป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/> ตาแดงเล็กน้อย <input type="checkbox"/> มี discharge เล็กน้อย	<input type="checkbox"/> มองไม่เห็น <input type="checkbox"/> ตาแดงมาก <input type="checkbox"/> มี discharge มาก	
หู	<input type="checkbox"/> ได้ยินเสียงปกติ <input type="checkbox"/> หูสะอาด	<input type="checkbox"/> ได้ยินเสียงเบา <input type="checkbox"/> มีขี้หูมาก	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ยินเสียง <input type="checkbox"/> มี discharge เป็นหนอง	
จมูก	<input type="checkbox"/> ไม่มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> เยื่อจมูกไม่บวม	<input type="checkbox"/> มีน้ำมูกใสหรือขุ่น <input type="checkbox"/> เยื่อจมูกบวมแดง	<input type="checkbox"/> มี discharge กลิ่นเหม็น <input type="checkbox"/> เยื่อจมูกอักเสบรุนแรง	
ลิ้น	<input type="checkbox"/> ลิ้นไม่แตก <input type="checkbox"/> ไม่มีติ่งเนื้อ	<input type="checkbox"/> ลิ้นเป็นฝ้า <input type="checkbox"/> มีติ่งเนื้อขนาดเล็ก	<input type="checkbox"/> ลิ้นแตกเป็นแผลหรือเป็นฝ้า <input type="checkbox"/> มีติ่งเนื้อขนาดใหญ่	

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
การทรงตัวและการ เคลื่อนไหว	<input type="checkbox"/> เดินหรือเคลื่อน ที่ได้เอง	<input type="checkbox"/> เดินหรือเคลื่อนที่ โดยมีคนหรือ เครื่องช่วยพยุง หรือต้องมีคนหรือ เครื่องช่วยพยุง เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> เคลื่อนที่ไม่ได้ หรือต้องใช้ รถเข็น	
ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสาท (สมอง) กับกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ทำได้ทันที อาจมีสั่นเป็น บางครั้ง	<input type="checkbox"/> ทำได้ช้าลง	<input type="checkbox"/> ทำได้ช้ามาก	

2.2 ระบบกระดูกและข้อ

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
กระดูกและข้อ	<input type="checkbox"/> สันหลังปกติ <input type="checkbox"/> แขนขาไม่ผิดรูป <input type="checkbox"/> ข้อต่าง ๆ ไม่ ติดแข็ง <input type="checkbox"/> กดไม่เจ็บ <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปวดหลังและ ไม่ปวดข้อต่างๆ	<input type="checkbox"/> หลังค่อมหรือคด เล็กน้อย <input type="checkbox"/> แขนขาผิดรูป เล็กน้อย <input type="checkbox"/> ข้อต่าง ๆ ติดแข็งเล็กน้อย <input type="checkbox"/> กดเจ็บเล็กน้อย <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหวได้ <input type="checkbox"/> ปวดหลังและข้อ เป็นบางครั้ง (ระบุตำแหน่ง ของข้อที่ปวด)	<input type="checkbox"/> หลังค่อมหรือ คดมาก <input type="checkbox"/> แขนขาผิดรูป มาก <input type="checkbox"/> ข้อต่าง ๆ ติดแข็งมาก <input type="checkbox"/> กดเจ็บมาก <input type="checkbox"/> เคลื่อนไหว ไม่ได้ หรือ ได้น้อย <input type="checkbox"/> ปวดหลังและ ข้อเป็นประจำ (ระบุตำแหน่ง ของข้อที่ปวด)	

2.3 อวัยวะสืบพันธุ์

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
- ผู้สูงอายุหญิง	<input type="checkbox"/> ไม่คันในช่อง- คลอด <input type="checkbox"/> ไม่ปวดท้องน้อย <input type="checkbox"/> ไม่มีตกขาว <input type="checkbox"/> ไม่มีเลือดออก ทางช่องคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มีแผลบริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก	<input type="checkbox"/> คันบริเวณช่อง- คลอดเล็กน้อย <input type="checkbox"/> ปวดท้องน้อย เล็กน้อย <input type="checkbox"/> มีตกขาวเล็กน้อย <input type="checkbox"/> มีเลือดออก กระปรี้กระปรอย บางครั้ง <input type="checkbox"/> มีแผลลอก บริเวณอวัยวะ สืบพันธุ์ภายนอก	<input type="checkbox"/> คันบริเวณ ช่องคลอดมาก <input type="checkbox"/> ปวดท้องน้อย มาก <input type="checkbox"/> มีตกขาวมาก ผิดปกติ <input type="checkbox"/> มีเลือดออก มากตลอด <input type="checkbox"/> มีแผลอักเสบ บริเวณอวัยวะ สืบพันธุ์ภายนอก	
การตรวจมะเร็ง ปากมดลูก (กรณีตัดมดลูกทิ้ง ไม่ต้องถาม)	<input type="checkbox"/> ตรวจประจำปี หรือตามแพทย์ นัด	<input type="checkbox"/> ตรวจแต่ไม่ สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ	
- ผู้สูงอายุชาย	<input type="checkbox"/> ไม่มีแผล <input type="checkbox"/> ไม่คัน <input type="checkbox"/> ไม่มีหนอง <input type="checkbox"/> ไม่มีเลือดออก เวลาปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> มีแผลลอก <input type="checkbox"/> คันบางครั้ง <input type="checkbox"/> สิ่งขับหลังคล้าย หนอง <input type="checkbox"/> มีเลือดออก บางครั้งเวลา ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> มีแผลอักเสบ <input type="checkbox"/> คันมาก <input type="checkbox"/> มีหนอง <input type="checkbox"/> มีเลือดออก ทุกครั้งเวลา ปัสสาวะ	

2.4 ระบบตอมน้ำเหลือง

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (นอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
ตอมน้ำเหลือง	C 3 ตอมน้ำเหลือง บริเวณต่าง ๆ ไม่โต กดไม่เจ็บ	C 3 ตอมน้ำเหลืองโต กดไม่เจ็บ บริเวณ C 3 รีกแร้ C 3 หลังหู C 3 ใต้คาง E 3 ขาหนีบ	C 3 จลันหตอม น้ำเหลืองโต กดเจ็บบริเวณ C 3 รีกแร้ C 3 หลังหู C 3 ใต้คาง E 3 ขาหนีบ	

2.5 ระบบทางเดินปัสสาวะ

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (นอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
การถ่ายปัสสาวะ				
- การควบคุม	C 3 กลั้นปัสสาวะได้ ปกติ	C 3 กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้บางครั้ง	C 3 กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้หรือใส่ กางเกง ปัสสาวะ	
- ลักษณะการขับถ่าย	C 3 ปกติ	C 3 แสบขัดเป็น บางครั้ง	C 3 แสบขัดบ่อย ๆ	

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
- ลักษณะปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ชุ่มมีตะกอน	<input type="checkbox"/> มีหนอง เลือดปน	
- ความถี่ของช่วง ระยะเวลาการ ขับถ่าย	<input type="checkbox"/> ความถี่ในการ ขับถ่ายปกติ ไม่ รบกวนการพัก ผ่อนและกิจกรรม ประจำวัน	<input type="checkbox"/> ความถี่ในการ ขับถ่ายรบกวน การพักผ่อนและ กิจกรรมประจำวัน เล็กน้อย	<input type="checkbox"/> ความถี่ในการ ขับถ่ายรบกวน ระยะเวลาการ พักผ่อนและ กิจกรรม ประจำวันมาก	

2.6 ระบบหายใจ

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
ลักษณะทรวงอก	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> หลังตรง/โค้ง เล็กน้อย	<input type="checkbox"/> ออกโก่ง <input type="checkbox"/> หลังโก่ง	<input type="checkbox"/> ออกหลัง <input type="checkbox"/> หลังคดหรือ แอ่น	
ลักษณะการหายใจ	<input type="checkbox"/> หายใจสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> เสียงหายใจ ปกติ	<input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย หอบเวลาออกแรง <input type="checkbox"/> หายใจมีเสียงดัง เป็นบางครั้ง	<input type="checkbox"/> หายใจเหนื่อย หอบในขณะพัก <input type="checkbox"/> หายใจมีเสียง ดังหรือมีเสียง วี๊ดตลอดเวลา	

2.7 ระบบหลอดเลือดและหัวใจ

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
ผิวหนังและเส้น	<ul style="list-style-type: none"> [] ริมฝีปาก เยื่อ นัยตา ปลายมือ ปลายเท้า สีชมพูอ่อน [] ผิวหนังอุ่น [] ปลายมือ ปลายเท้า ไม่ขม [] ซีพจรของ ร่างกายทั้ง 2 ข้าง แรง เท่ากันสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> [] ริมฝีปาก เยื่อ นัยตา ปลายมือ ปลายเท้า ซีด [] ผิวหนังมีเหงื่อ ออกบ่อย [] ปลายมือ ปลายเท้า ขมเล็กน้อย [] ซีพจรของ ร่างกายทั้ง 2 ข้าง แรงไม่ เท่ากันสม่ำเสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> [] ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้า เขียวคล้ำ [] ผิวหนังเย็น แห้ง [] ปลายมือ ปลายเท้า ขมมาก [] ซีพจรของ ร่างกายทั้ง 2 ข้าง แรงไม่ เท่ากันไม่ สม่ำเสมอ 	

2-8 ระบบทางเดินอาหาร

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
เหงือกและฟัน	<p>C 3 เหงือกสีชมพู ไม่มีแผล</p> <p>C 3 ฟันเคี้ยวอาหาร ได้ตามปกติ</p> <p>C 3 ไม่มีคราบหินปูน บุหรื/หมาก/ เศษอาหาร</p> <p>C 3 ไม่มีแผลใน ช่องปาก</p>	<p>C 3 เหงือกกรัน</p> <p>C 3 ฟันเคี้ยวอาหาร ได้บ้างเฉพาะ อาหารบาง ประเภท</p> <p>C 3 มีคราบหินปูน/ บุหรื/หมาก/ เศษอาหาร</p> <p>C 3 เป็นแผลที่เหงือก หรือกระพุ้งแก้ม</p>	<p>C 3 เหงือกอักเสบ</p> <p>C 3 ไม่มีฟันหรือใช้ ขมเคี้ยวไม่ได้ เลย</p> <p>C 3 มีเลือดออก ตามไรฟัน</p> <p>C 3 เป็นแผลที่ เหงือกหรือ กระพุ้งแก้ม อีกเส้นรุนแรง</p>	
ท้อง (หลังรับประทานอาหาร)	C 3 ปกติ	C 3 แน่นอึดอึดในท้อง	C 3 ขาดท้อง	
การรับถ่ายอุจจาระ	C 3 ปกติ	C 3 ท้องผูก หรือ ท้องเดิน เป็น บางครั้ง	C 3 ท้องผูกหรือ ท้องเดิน บ่อยครั้ง	
- การควบคุมการ ขับถ่ายอุจจาระ	C 3 กลั้น ได้ปกติ	C 3 กลั้น ไม่ได้เป็น บางครั้ง (ไม่เกินกว่าอาทิตย์ ละครึ่ง)	C 3 กลั้นหรือต้อง สวนอุจจาระ อยู่เสมอ	

รายการ	ระดับสุขภาพ			ผลการประเมิน (บอกระดับและ ผลการตรวจสอบ)
	1 ดี	2 ต้องการการพยาบาล	3 ต้องการการรักษา พยาบาล	
- ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/> ไม่มีก้อน โผล่ <input type="checkbox"/> ไม่มีเลือดออก หลังถ่ายอุจจาระ ซึมถ้ายปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปวดบริเวณ ทวารหนัก	<input type="checkbox"/> มีก้อน โผล่ เล็กน้อยเวลา เบ่งแล้วกลับเข้า ทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีเลือดออกหลัง ถ่ายอุจจาระ บางครั้ง <input type="checkbox"/> ปวดทวารหนัก พอทนได้	<input type="checkbox"/> มีก้อน โผล่เมื่อ เบ่ง แล้วกลับ เข้าทวารหนัก ไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีเลือดออก หลังถ่ายอุจจาระ ทุกครั้ง <input type="checkbox"/> ปวดทวารหนัก มาก	