

การศึกษาค้นคว้าความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล



นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF OLDER PEOPLE' S NEEDS IN PRIVATE NURSING HOME,
BANGKOK METROPOLIS AND VINICITIES



Miss Pantip Warawat

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน
เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

โดย

นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท

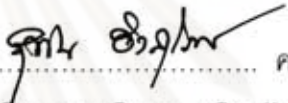
สาขาวิชา

การพยาบาลผู้สูงอายุ


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

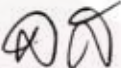
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

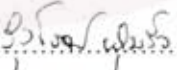
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พันธทิพย์ วรวาท : การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน
เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (A STUDY OF OLDER PEOPLE' S NEEDS
IN PRIVATE NURSING HOME, BANGKOK METROPOLIS AND VINICITIES)
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 166 หน้า.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการของ
ผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน และเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนจำแนกตาม
ปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ด้านเขาวนปัญญา เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิง
คุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็น
เวลาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 140 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินระดับ
เขาวนปัญญา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล สำหรับ
ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูล
เชิงปริมาณโดยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ
การทดสอบค่าที (t – test) วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่
.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหม้าย มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
เดิมอาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่เป็นบุตร หลาน และญาติ ร้อยละ 41.4 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิด
เป็นร้อยละ 54.3 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ร้อยละ 46.4 มี
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง ถึง รุนแรง ร้อยละ 4.3 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 2.1

2. ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนมีความต้องการโดยรวมในระดับมาก (\bar{X} =91.57, SD=17.65) สามารถเรียงลำดับได้ดังนี้ การดูแลเรื่องยาที่รับประทาน การดูแลความปลอดภัยไม่เกิด
ภาวะแทรกซ้อน การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ การฟื้นฟูสภาพ และความช่วยเหลือใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการที่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความ
เจ็บป่วย ระดับเขาวนปัญญา และระดับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการที่พบนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ความต้องการ
ได้รับการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น การมีที่พักที่เป็นสัดส่วน มีเจ้าหน้าที่พาไปตรวจตามนัด เป็นต้น

สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ

ปีการศึกษา: 2551

ลายมือชื่อนิสิิต: พันทิพย์ วรวาท

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: 

#4977590636 : MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEY WORD : NEEDS/ OLDER PEOPLE/ PRIVATE NURSING HOME

PANTIP WARAWAT: A STUDY OF OLDER PEOPLE' S NEEDS IN PRIVATE
NURSING HOME, BANGKOK METROPOLIS AND VINICITIES. THESIS

PRINCIPAL ADVISOR : ASST.PROF.CAPT.SIRIPHAN SASAT, PH.D, 166 pp.

The purposes of this descriptive research were to study demographic data, depression, cognitive status, activity daily living, and needs of older people who residence in private nursing home and comparison needs with sex, age, marital status, living arrangement, physical profile, cognitive status, depression, and activity daily living. Quantitative and qualitative data collection were carried out. The sample included older people who residence in nursing home in Bangkok Metropolis and Vinicities more than 3 months. Simple random sampling was used and total number of 140 older peoples were included in this study. The research instruments for quantitative data collection were demographic questionnaires, ADL Assessment, MMSE-T, TGDS, and Needs questionnaires. Qualitative data were collected using semi-structured interview were used to collect the data. Quantitative data were analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation, T – test, and One – Way ANOVA at level of .05 and content analysis method was applied for qualitative data analysis.

Major findings were as follow:

1. The majority of residents were females widowed aged ranging from 60 – 74 years old and co-residence with adult children/grandchild prior moved to institution. Fifty-four percents had been diagnosed with hypertension, forty-six percents had very severely disabled and totally dependent, four percents had depression, , two percents had cognitive impairment.
2. The residents had high level of needs (\bar{X} =91.57, SD=17.65), ranging from high to low need levels were: managing medication, safety and complication prevention, medical / nursing care, rehabilitation, and needs for ADL assistance.
3. The level of activities of daily living and level of needs were found significantly difference at level of .05, but sex, age group, marital status, living arrangement, physical profile, cognitive status, depression and level of need were found no significantly differences.
4. Qualitative data were found that the needs were extended to the facilities assistant, for example, private area, laundry service, and assistant for medical follow-up from care staffs.

Field of study : Gerontological Nursing

Academic year : 2008

Student's signature : *Pantip Warawat*

Thesis Principal Advisor's signature : *Siriphan Sasat*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอิงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ พุ่มวิ้ว กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและห่วงใยตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบพระคุณสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ สถานพยาบาลนครินทร์ ซึ่งโฮม สถานพยาบาลภัทรพิบาลนครินทร์ ซึ่งโฮม ดวงใจนครินทร์ ซึ่งโฮม ประทีปนครินทร์ ซึ่งโฮม และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลทุกท่านเป็นพิเศษ ที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณนายแพทย์เฉลิมชาติ วรรณพฤษ และคุณนรรัตน์ วรรณพฤษ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณน้องๆพยาบาลวิชาชีพของสถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ทุกท่านที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้น ขอขอบคุณครอบครัว นาวาอากาศเอก สมพงษ์ คุณสุพิชา ธรรมเจริญ และลูก ๆ ที่ให้การดูแล และให้ความช่วยเหลือมาตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณพ่อทะนงและคุณแม่แม่กุ่ม วรวาท ผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูด้วยความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจที่สูงยิ่งตลอดเวลาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณพี่สาว น้องชาย และหลานทั้งสอง ที่เป็นกำลังใจ และให้ความห่วงใยมาโดยตลอด

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	13
ภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	20
แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	27
แนวคิดเกี่ยวกับระดับเซวอนปัญญา	29
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	31
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ	32
ลักษณะของสถานบริบาลผู้สูงอายุ	38
บทบาทของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุในสถานบริบาล	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	47
กรอบแนวคิดในการวิจัย	51

บทที่		
3	วิธีดำเนินการวิจัย	52
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	61
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	67
	การวิเคราะห์ข้อมูล	67
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
5	สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย	108
	สรุปผลการวิจัย	110
	อภิปรายผลการวิจัย	114
	ข้อเสนอแนะ	125
	รายการอ้างอิง	127
	ภาคผนวก	139
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	140
	ภาคผนวก ข เอกสารขอความร่วมมือในการวิจัย	142
	ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย	146
	ภาคผนวก ง ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	154
	ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย	158
	ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล	162
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	166

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล	53
2 แบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ที่ปรับปรุง	62
3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ที่ปรับปรุง	64
4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับจริง จำแนกตามแบบสอบถาม	65
5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่พัก อาศัยในสถานบริบาลเอกชนจำแนกตาม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ จำนวนบุตร สถานภาพสมรส อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาล	70
6 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้าน อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาล แหล่งที่มาของรายได้และสภาพความเป็นอยู่	71
7 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนจำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคลด้าน ผู้ดูแล เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล และผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล	72
8 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตาม ข้อมูลภาวะสุขภาพด้าน การตรวจตา การได้ยิน ภาวะโภชนาการ และความดันโลหิต	73
9 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่ พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพด้าน การหายใจ ยาที่ได้รับ จำนวนยาที่ได้รับ และจำนวนโรค	74
10 จำนวนและค่าร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตาม ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย	75
11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	77

ตาราง	หน้า
12 จำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ	78
13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับเชาวน์ปัญญา ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน	79
14 จำนวน ร้อยละ และระดับระดับเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ	80
15 จำนวน ร้อยละ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในสถานบริบาลเอกชน	81
16 จำนวน ร้อยละ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล เอกชน จำแนกตามรายข้อ	86
17 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความต้องการของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายด้าน	88
18 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการด้านการช่วยเหลือ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ	89
19 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านการแพทย์และ พยาบาลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ	90
20 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านการจัดการเกี่ยวกับ เรื่องยาที่รับประทานของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ	91
21 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านการฟื้นฟูสภาพ เพื่อการดำรงสภาพของร่างกายของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ	92
22 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ	93
23 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับความต้องการของ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน	94

ตาราง	หน้า
24	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามกลุ่มอายุ 95
25	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับความต้องการ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน 95
26	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสถานภาพสมรส 96
27	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานภาพสมรสกับ ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน 96
28	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่ 97
29	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพความเป็นอยู่กับ ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน 97
30	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามภาวะความเจ็บป่วย 98
31	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างภาวะความเจ็บป่วยกับ ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน 98
32	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ย ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามระดับเชาวน์ปัญญา 99
33	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับเชาวน์ปัญญากับ ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน 99
34	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า 100
35	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับ ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน 100
36	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามระดับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 101

ตาราง	หน้า
37 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน	101
38 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามเพศ	163
39 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามกลุ่มอายุ	163
40 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสถานภาพสมรส	164
41 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่	164
42 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามภาวะความเจ็บป่วย	165

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (old-old sub group) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความเจ็บป่วย โดยความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นประกอบด้วยปัญหาโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งปัจจุบันโรคและปัญหาสุขภาพของประชากรได้มีแบบแผนที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อมีสัดส่วนสูงกว่าโรคติดต่อ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วไปพร้อม ๆ กับภาวะประชากรสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไทยต้องประสบกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50 (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) และจากการศึกษา Disability Adjusted Life Years (DALYs) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) พบว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุคือกลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะกล้ามเนื้อสภาวะไม่ได้ ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม และเมื่อศึกษาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่จากสาเหตุต่าง ๆ ในแต่ละเดือนพบว่ามีถึงร้อยละ 43.6 โดยโรคเรื้อรังเหล่านี้มักจะรักษาไม่หายและนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือความพร่องในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิต

จากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นมีผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ลดลง และอาจส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองเสื่อมถอยแม้จะรักษาโรคเฉียบพลันที่เกิดขึ้นใหม่ได้แล้วก็ตาม โดยโรคเรื้อรังเหล่านี้นำไปสู่ภาวะพิการและพึ่งพาในกลุ่มประชากรสูงอายุ โดยพบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.9 มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และร้อยละ 1.6 ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องได้ด้วยลำพัง นอกจากนี้ร้อยละ 3.1 ไม่สามารถออกจากบ้านได้อย่างอิสระ ซึ่งต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันในระดับมากและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา มีความต้องการการดูแลใน

สถานบริการเพิ่มขึ้นจากจำนวน 963,000–1,926,000 คน ในปี พ.ศ. 2538 ไปเป็นจำนวน 8,023,000–9,628,000 คน ในปี พ.ศ.2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 23,966,000–26,629,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งผู้ดูแลนั้นถือเป็นหลักประกันที่สำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนปลายหรือผู้ที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงมีความจำเป็นในการพึ่งพาการดูแลในครอบครัว และในสถานบริการเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ

จากการศึกษาระบาดของวิทยาเรื่องภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุในปี พ.ศ. 2539 ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) พบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีภาวะทุพพลภาพในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 29.9 เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุในภาคอื่น เนื่องจากสภาพแวดล้อมในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจของผู้สูงอายุ ทำให้อัตราทุพพลภาพอยู่ในระดับสูง รวมทั้งความเจริญหรือความเป็นเขตเมืองมีผลต่อโรคหรือสุขภาพโดยตรงที่จะนำมาสู่ภาวะทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว

ขณะที่ความต้องการการดูแลสูงขึ้น ในทางตรงข้ามกลับพบว่าจำนวนผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากขนาดของครอบครัวลดลง ครอบครัวและลูกหลานไม่มีเวลาดูแลเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น (วาทีณี บุญชะลิกษ์, 2543) รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งหรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และไม่สามารถดำรงชีพในชุมชนได้โดยลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การจัดบริการรองรับความต้องการด้านสุขภาพ หรือสถานบริการดูแลผู้สูงอายุจึงเข้ามามีบทบาทในสังคมไทยและเป็นที่ต้องการเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ์, 2543) แต่ยังไม่ปรากฏว่ามีการจัดให้มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ชัดเจน ที่ผ่านมานหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ในบางส่วน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการได้จัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่ออุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล ส่วนการบริการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่มีอยู่ในปัจจุบันได้แฝงอยู่ในการบริการให้เฉพาะผู้พักอาศัยซึ่งต่อมามีปัญหาทางด้านสุขภาพต้องการการดูแลทั้งในระดับปานกลางและระดับมาก ซึ่งมีความจำเป็นต้องการการดูแลที่เฉพาะ ต้องใช้ทักษะการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ รักดีพรหม, 2550) ทำให้ผู้สูงอายุอีกหลายคนไม่สามารถใช้บริการเหล่านี้ได้

สถานบริบาล (nursing home) เป็นสถานที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีโรคเรื้อรัง โดยให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว ดูแลทางด้านจิตสังคมและการดูแลส่วนบุคคล (Ribbe et al., 1997 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาส์ตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธ์ สาส์ตย์ (2548) พบว่าสถานบริบาลผู้สูงอายุ รับผิดชอบเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะเป็นการพยาบาล (nursing care) ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานของภาคเอกชน และมีอยู่ในกรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริพันธ์ สาส์ตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2550) พบว่าสถานบริบาลส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าต่างจังหวัด และในประเทศไทยยังไม่มีสถานบริบาลของภาครัฐ มีเพียงสถานบริบาลในภาคเอกชน 4 แห่งเท่านั้นที่จดทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ เป็นสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง (คือ สถานพยาบาล เดอะซีเนียร์ นวศรีเนอสซิ่งโฮม ภัทรภิบาลเนอสซิ่งโฮม และศุขเวชเนอสซิ่งโฮม) โดยแต่ละแห่งมีจำนวนเตียงที่สามารถให้บริการประมาณ 26-100 เตียง และพบว่ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ การกำหนดมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริบาลผู้สูงอายุ หรือการจำแนกระดับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล คือ ความต้องการการดูแล เป็นความต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลทางการแพทย์และพยาบาล ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแล หรือญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ จึงต้องการผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีทักษะ ต้องการผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง โดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความบกพร่องด้านเขาวนปัญญา และความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม (Kathleen et al., 1996; Rothera, 2003; Yap, 2003)

ถึงแม้มีแนวโน้มความต้องการการบริการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลสูงขึ้น แต่ที่ผ่านมา มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสถานบริบาลผู้สูงอายุในประเทศไทยน้อยมาก เช่น การทบทวนองค์ความรู้เรื่องระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุของ ศิริพันธ์ สาส์ตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม (2550) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น ในประเทศแคนาดา มีการศึกษาของ Monica (2000) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าพักในสถานบริบาลใน Manitoba ในฮ่องกง มีการศึกษาของ Leung (2000) ที่ศึกษาถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางในสถานบริบาลที่มีความต้องการการบริการ ในประเทศสิงคโปร์ มีการศึกษาของ Yap (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล และในประเทศญี่ปุ่น มีการศึกษาของ Nishiwaki (2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลในสถานบริบาลเป็นต้น เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการดำรงการทำหน้าที่ของร่างกายที่

สูงสุด และคงความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด เตรียมความพร้อมและจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จึงต้องการข้อมูลพื้นฐาน เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุการเข้าอยู่ในสถานบริบาล และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลที่ทำงานในสถานบริบาลและกำลังศึกษาในสาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นนี้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแล ที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานบริบาลต่อไปในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเป็นอย่างไร
2. ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ด้านเขาวนปัญญาของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ด้านเขาวนปัญญา

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แต่ได้คัดสรรตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลเอกชน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพ (Anderson, 1995) และถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถของร่างกาย จากลักษณะที่แตกต่างกันของเพศชายและเพศหญิง กล่าวคือ เพศหญิงมีความบอบบางของโครงสร้างเมื่อเทียบกับเพศชาย นอกจากนี้พบว่าเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงมักประสบปัญหาด้านสุขภาพค่อนข้างสูง ดังการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2530) เรื่องปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า เพศหญิงจะมีสภาวะสุขภาพอนามัยด้อยกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยและมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากกว่าเพศชาย จากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่มีความแตกต่างกันดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีภาวะสุขภาพต่างกัน รวมทั้งมีความต้องการการบริการในสถานบริบาลแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลเป็นเพศหญิง

อายุ จากการสำรวจโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (2541 อ้างถึงในจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่น พบอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ร้อยละ 1.7 ช่วงอายุ 70 - 79 ปี มีอัตราความชุกร้อยละ 2.2 ช่วงอายุ 80 - 89 ปี พบอัตราชุกร้อยละ 3.8 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีอัตราความชุกการเกิดโรคร้อยละ 12.5 จากการศึกษาของ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป และเกือบครึ่งคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ซึ่งอายุที่มากขึ้นมีผลต่อภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลที่มีความแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2532) พบว่าประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุไทยมีสถานภาพโสด และหม้าย โดยพบว่าผู้สูงอายุหญิงอยู่ในสถานภาพหม้ายสูงกว่าเพศชาย คือร้อยละ 58 โดยผู้สูงอายุที่เป็นโสดหรือหม้ายนั้นต้องอยู่เพียงลำพัง มักมีปัญหาในการดำรงชีวิตที่สำคัญคือ ขาดผู้ดูแล และไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการการดูแลในสถานบริบาล ดังเช่นการศึกษาของ Celia (2000) และ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด และเป็นหม้ายมากที่สุด

สภาพความเป็นอยู่ จากการลดลงของขนาดครัวเรือนซึ่งเป็นผลจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ การชะลอการแต่งงาน และรูปแบบงานที่เปลี่ยนจากเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรม

และภาคบริการ ส่งผลให้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานการสำรวจ สภาวะผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสด ร้อยละ 2.2 และอาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 3.6 – 4.3 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 19.9 มีปัญหาในการดำรงชีวิตที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย (นภาพร ชโยวรรณ และจอร์จ โนเดล, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Achintya (1997) และ Rachel (1994) พบว่า ก่อนผู้สูงอายุจะย้ายมาอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองเพียงลำพัง หรือเคยมีลูกหลานเป็นผู้ดูแล แต่ลูกหลานไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้

ภาวะความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศส่งผลให้เกิดการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขควบคู่ไปกับการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีทำให้เกิดโรคเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2537, 2542) ได้ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาด้านสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพาและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุไทยประสบอยู่คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด ภาวะซึมเศร้าและการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง (2545) พบได้ว่าผู้สูงอายุไทยประสบกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา และต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับศึกษาของ Kathleen et al (1996) และ Yap (2003) พบว่าปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานบริบาล เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาทางจิต ปัญหาทางเขาวนปัญญา และกระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพก

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพ ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือไม่ดี จะแสดงถึงภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือภาวะพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) ปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยมีผู้ที่ประสบปัญหาทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือนถึงร้อยละ 19 และประชากรผู้สูงอายুর้อยละ 4 ประสบปัญหาภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7 – 2.1 โดยมีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 12 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง โดยมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6.9 ที่ต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยหนึ่งอย่าง

ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงความต้องการความช่วยเหลือ และความต้องการการดูแลทั้งในครอบครัวและในสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีความพิการในระดับรุนแรงที่ต้องการความช่วยเหลือใน การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้อนอาหาร และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ความบกพร่องทางการรับรู้ด้านเขาวนปัญญาเป็นภาวะเรื้อรัง และเป็นปัญหาที่ทวีมากขึ้นตามอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบมีความบกพร่องการรับรู้ด้านเขาวนปัญญาร้อยละ 1.8 และในกลุ่มอายุ 80 ปี พบมากถึง ร้อยละ 25 ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความบกพร่องการรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ , 2547) ดังเช่นการศึกษาของ เขียวลักษณ์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ์ (2543) เกี่ยวกับการรายงานสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 3.3 สัดส่วนของผู้ที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบว่ามีถึงร้อยละ 30 ในประชากรอายุ 90 - 94 ปี ผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชาย และพบว่าผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมต้องพึ่งพาในการดูแลสุขภาพลักษณะส่วนตัว ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2546) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องการรับรู้ด้านเขาวนปัญญา พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 74 - 87 ปี รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ดัชนีบาร์เคลเดดีแอล พบว่ามีระดับการพึ่งพาในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rothera (2003), Yap (2003) และ Carpenter et al. (2006) พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีปัญหาทางด้านเขาวนปัญญา

ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้านับได้ว่าเป็นการป่วยทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และนับได้ว่ายังมีการวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าน้อยมาก ซึ่งอาการที่สำคัญของอาการซึมเศร้านั้นมักแสดงออกมาในลักษณะของความสิ้นหวัง มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความอยากอาหารลดลง (Beer, 2000 cited in Ebersole & Hess, 2004) และพบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริบาลร้อยละ 30 โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานบริบาลสูงถึง ร้อยละ 25 (Katz, 1994 cited in Osterweil, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านับตั้งแต่แรกรับร้อยละ 39 ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของ

ร่างกาย รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการทำกิจกรรมใด ๆ รวมทั้งพบได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (Sahr, 1999 cited in Ebersole & Hess, 2004)

ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล จากการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในสถานบริการเพิ่มขึ้นโดยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันในระดับมากและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา มีความต้องการการดูแลในสถานบริการเพิ่มขึ้นจากจำนวน 963,000 – 1,926,000 คน ในปี พ.ศ. 2538 ไปเป็น 8,023,000 – 9,628,000 คน ในปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 23,966,000 – 26,629,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ย้ายเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาลเนื่องจากความต้องการการดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ และการเคลื่อนย้าย รวมทั้งต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง (Rothera, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) เกี่ยวกับเหตุผลของผู้สูงอายุในการเข้าอยู่ในสถานบริบาลพบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มีความต้องการทางการแพทย์ (medical need factor) การดูแลเกี่ยวกับยา และป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากส่วนใหญ่การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเป็นมิติเชิงตะวันตก จึงต้องมีการสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้รับบริการคนหนึ่งที่พักอาศัยในสถานบริบาล เนื่องจากผู้รับบริการจะทราบเกี่ยวกับความต้องการของตนดีที่สุด (Beaudin & Pellertier, 1996) โดยการใช้การสัมภาษณ์ซึ่งเป็นวิธีที่จะสามารถทราบถึงความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล เพื่ออธิบายความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลในบริบทของไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

บุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สถานบริบาลเอกชน (private nursing home) หมายถึง สถานที่ให้บริการพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ดำเนินการโดยเอกชน

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิงโดยนับอายุตามปฏิทินมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลอย่างน้อย 3 เดือน

เพศ หมายถึง ลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่บ่งชี้ถึงสรีระร่างกายที่มีความแตกต่างกัน ดังนี้คือ เพศชาย และ เพศหญิง

อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มรวมระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันตามปฏิทิน โดยแบ่งช่วงอายุดังนี้ 60 – 74 ปี 75 - 84 ปีและ 85 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส หมายถึง สภาพของการสมรสในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น โสด อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิต

สภาพความเป็นอยู่ หมายถึง ลักษณะการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล ได้แก่ อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส และ อยู่กับบุตร หลานและญาติ

ภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติประหม่นจาก ภาวะโภชนาการ สัญญาณชีพ การมองเห็น การได้ยิน ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รวมทั้งจำนวนยาที่ได้รับ ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดังเดิมได้ ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ อยู่ในภาวะพึ่งพา ประหม่นจากจำนวนโรคเรื้อรัง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ในการช่วยเหลือตนเองใน การทำความสะอาดส่วนตัว การอาบน้ำให้ตนเอง การรับประทานอาหาร

การเข้าห้องส้วม การเดินขึ้นบันได การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน และการเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน ว่าสามารถปฏิบัติเองได้หรือไม่ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือไม่ประเมินโดยใช้ The Barthel Index ซึ่งนำมาจาก Collin and et.al (1998) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วิชาวี กิจกำแหง (2548) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนรวม 0 – 24 หมายถึง ระดับการพึ่งพาทั้งหมด คะแนนรวม 25 – 49 หมายถึง ระดับการพึ่งพามาก คะแนนรวม 50 – 74 หมายถึง ระดับการพึ่งพาปานกลาง คะแนนรวม 75 – 90 หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อย คะแนนรวม 91 – 100 หมายถึง ระดับการพึ่งพาน้อยที่สุด

การรับรู้ด้านเซาว์นปัญญา หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องทางการรับรู้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ส่งผลให้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ประเมินโดยใช้ แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ การคิดคะแนนและแปลผล โดยผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน จะมีการรับรู้ด้านเซาว์นปัญญาปกติ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกหมดกำลังใจ ขาดความกระตือรือร้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ที่ส่งผลต่อความสามารถความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ประเมินโดยใช้ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ซึ่งนำมาจากกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) มีทั้งหมด 30 ข้อคำถาม โดยเกณฑ์การคิดคะแนนเป็นดังนี้ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดให้ตอบ 2 คำตอบคือ ใช่ – ไม่ใช่ โดยข้อคำถามมีลักษณะเชิงบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามลักษณะเชิงลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน ซึ่งการแปลผล คือ คะแนนรวม 0 – 12 ปกติ คะแนนรวม 13 – 15 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนนรวม 16 – 20 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนนรวม มากกว่า 20 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)

ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล หมายถึง ความประสงค์ของผู้สูงอายุที่จะรับบริการเพื่อเสริมหรือชดเชยหรือเพื่อแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ที่ตอบสนองต่อความต้องการในด้าน ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน การฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การแพทย์และการดูแลทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ การจัดการเกี่ยวกับการบริหารจัดการเกี่ยวกับยาที่ได้รับ และการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ประเมินโดยการใช้แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก แบบประเมิน Minimal Data Set/Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) ของ Brown (2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงความต้องการมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ความต้องการน้อย รวมทั้งใช้แบบสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามกึ่งมีโครงสร้าง 5 ข้อ เพื่ออธิบายความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลในบริบทของไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงคุณลักษณะและความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการและการจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริบาลเอกชนของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคล
3. เพื่อส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายที่สูงสุด และคงความสามารถในการดูแลตนเองและจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน
4. เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงด้านการบริการให้กับผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน
5. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราวารสาร เอกสารและบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงประชากรสูงอายุ
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
 - 1.5 ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง
2. ภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของภาวะความเจ็บป่วย
 - 2.2 ภาวะความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
 - 2.3 ภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่พบบ่อยในสถานบริบาล
 - 2.4 การประเมินภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับระดับเชาวน์ปัญญาในผู้สูงอายุ
5. แนวคิดเกี่ยวกับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
6. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 6.1 ความหมายของความต้องการ
 - 6.2 ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล
 - 6.3 การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล
 - 6.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล
7. ลักษณะของสถานบริบาลผู้สูงอายุ
8. บทบาทของพยาบาล
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
10. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จากข้อมูลอัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปพบว่ามียัตราการเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยจากร้อยละ 8.9 ในปี ค.ศ. 1905 ประมาณ เป็นร้อยละ 16.6 ในปี ค.ศ. 2025 ในจำนวนนี้ กลุ่มประเทศทางอเมริกาเหนือและยุโรปมีอัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีสูงสุด คือในปี ค.ศ. 1950 โดยเฉลี่ยจากประมาณ ร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 24 ในปี ค.ศ. 2025 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรคือ ผู้สูงอายุนั้นเอง (United Nation,1985) สำหรับประเทศในเอเชียมีอัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี โดยเฉลี่ยจากปี ค.ศ. 1950 ประมาณร้อยละ 8.7 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 ในปี ค.ศ. 2025 คาดว่า ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมากที่สุด คือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.5 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 27.9 ในปี ค.ศ. 2025

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2553 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 11 ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing) ราวปี พ.ศ. 2547-2548 (คณะกรรมการส่งเสริมประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) และจากข้อมูลด้านประชากร นอกจากสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแล้วมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นด้วย คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเห็นได้ง่ายจากการเปลี่ยนแปลงของลักษณะประมิตของประชากรเป็นลักษณะระฆังคว่ำ และรูปแจกันในปีพ.ศ.2543 และ พ.ศ. 2563 ตามลำดับ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลด้านประชากรที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9 ใน พ.ศ.2543 และคาดหมายว่าใน พ.ศ. 2553 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 11 แม้ว่าจำนวนประชากรรวมและประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นแต่มีอัตราเพิ่มที่แตกต่างกันกล่าวคืออัตราการเพิ่มของประชากรรวมอยู่ในระดับต่ำและมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุมีระดับสูงกว่าของประชากรรวมและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคตนอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นด้วย คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปต่อประชากรสูงอายุทั้งหมดจะเพิ่มจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 26 (นภาพร ชโยวรรณ, 2545)

Miller (1995) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายในทางที่เสื่อมลง

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ได้กำหนดว่า “บุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ” มีการเรียกที่แตกต่างกันดังนี้ (บรรลุศิริพานิช, 2542:25) 1) เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวยุ่น เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่บางคนมีลักษณะแก่ชราทั้งที่อายุยังไม่มากก็ได้ 2) เรียกตามปีปฏิทิน เช่น ผู้สูงอายุ (Elderly, Older person) ซึ่งเป็นการเรียกที่เป็นที่นิยมใช้ทั่วไป 3) เรียกตามสภาพทางสังคม เช่น ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior citizen)

สถาบันแห่งชาติอเมริกา (1995, อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60 – 74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 75 – 84 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง แบ่งเป็นผู้สูงอายุเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60 – 74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 75 – 84 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายในทางที่เสื่อมลง

1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีผลกระทบต่อตัวบุคคลมาก ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นบุคคลที่เข้าสู่วัยสูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย วัยสูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้ จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือ มีแต่ความเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (ชูศรี วงเครือ, 2543) โดยกระบวนการของภาวะสูงอายุ หมายถึง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลที่อยู่ในภาวะสูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ (Mcpherson, 1983 อ้างถึงในสมศักดิ์ศรีสันติสุข, 2539) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีระวิทยา จิตใจ และสังคมที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ภาวะสูงอายุทางสรีระวิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทางร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่จะปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน

กับร่างกายของคนเมื่อวัยสูงขึ้น กระบวนการนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539) ดังนี้

1.1) ความเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของร่างกายผู้สูงอายุจะมีระบบอวัยวะทุกอย่างเสื่อมหน้าที่ลง เช่น ผิวหนัง รูปร่างโครงกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อกระดูกหลังจะโค้งงอ ส่วนสูงของร่างกายจะลดลง ไชมันต์ได้ผิวหนังและความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุมักจะแห้งเหี่ยวและตกกระเป็นแห่ง ๆ จากการเสื่อมของต่อมไขมันและจำนวนเนื้อเยื่อลดลง ชั้นต่าง ๆ ของผิวหนังจะบางลงทำให้เกิดบาดแผลง่าย ต่อมาเหงื่อลดการทำงานมีผลทำให้การระบายความร้อนของร่างกายลดลงด้วย ผู้สูงอายุส่วนมากจะพบว่าเส้นผมบนศีรษะลดน้อยลง สีผมและขนจะเปลี่ยนเป็นสีขาว

1.2) การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อในร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ 2 ชนิด คือ กล้ามเนื้อเรียบ และกล้ามเนื้อลาย โดยกล้ามเนื้อลายคือกล้ามเนื้อที่เราสามารถมองเห็นเป็นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนกล้ามเนื้อเรียบ คือ กล้ามเนื้อของอวัยวะภายในของมนุษย์ เช่น กระเพาะอาหาร ลำไส้ หัวใจ เป็นต้น บรรลุ ศิริพานิช (2542) กล่าวว่า ผลโดยตรงของการมีอายุมากขึ้นต่อการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อนั้นทราบได้ยาก แม้จะพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง แต่ก็ทราบว่าถ้ากล้ามเนื้อได้รับการใช้งานอยู่เสมอ แม้อายุมากขึ้นก็มีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและสมรรถภาพน้อยลง จึงอาจกล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่พบในกล้ามเนื้อผู้สูงอายุนั้น มีลักษณะเป็นแบบที่กล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานเมื่อสูงอายุ

1.3) ความเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาทของผู้สูงอายุพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทั้งสมองส่วนกลางและประสาทส่วนรอบนอก

1.4) ความเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบนี้มีความหมายต่อชีวิตมนุษย์โดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ หากระบบนี้ล้มเหลวเมื่อใดย่อมหมายถึงชีวิตนั้น ๆ สิ้นสุดลง ผู้สูงอายุส่วนมากจะพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจ และความดันโลหิตสูงหรือระบบหลอดเลือดที่มีภาวะของไขมันในเลือดสูง สถิติจากสหรัฐอเมริกาพบว่า ระหว่างปี 1950 ถึง 1976 จำนวนประชากรสหรัฐที่มีอายุครบ 65 ปี เพิ่มจากร้อยละ 8.2 เป็น 10.7 ในขณะที่ประชากรกลุ่มนี้เสียชีวิตเพราะโรคหัวใจเพิ่มจากร้อยละ 64.9 เป็นร้อยละ 75.8 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.5) ความเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา จากการเปลี่ยนโครงสร้างของกระดูกในผู้สูงอายุ ซึ่งทำงานสัมพันธ์กับกระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อผนังหน้าท้อง ผู้สูงอายุจึงหายใจ

แบบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้การหายใจออกถูกจำกัด และมีการเคลื่อนไหวน้อยกว่าการหายใจเข้า ฤๅลมนใผู้สูงอายุนจะแบนและบางลง การขยายตัวและยืดหยุ่นได้น้อย ฤๅลมนจะโป่งพองใผู้สูงอายุ เกิดเป็นโรคฤๅลมนโป่งพองและทำให้หายใจหอบเหนื่อยง่าย

1.6) ความเปลี่ยนแปลงใระบบทางเดินอาหารความสำคัญต่อภาระหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ใระบบนี้มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนใกว่าระบบอื่น ๆ เพราะการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

1.7) ความเปลี่ยนแปลงใระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งระบบนี้มี ไต กระเพาะปัสสาวะ และท่อรับปัสสาวะทำหน้าที่ขับของเสียออกจากร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีปัญหारेื่งการกลั้นปัสสาวะไม่ดี เพราะช่องขับปัสสาวะออกมีหูรูดปิด เปิดได้โดยการบังคับของกล้ามเนื้อหูรูด สมรรถภาพใการบังคับของกล้ามเนื้อหูรูดลดลง ผู้สูงอายุจึงมักต้องเข้าห้องน้ำบ่อย เพราะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.8) ความเปลี่ยนแปลงใระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมนี้มีหน้าที่สังเคราะห์ฮอร์โมน ซึ่งร่างกายมีระบบที่ช่วยพัฒนา และประสานงานกันอยู่ 2 ระบบ คือ ระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งทำงานเชื่อมโยง ประสานงานกัน เพื่อให้ชีวิตสามารถอยู่ได้อย่างผาสุกและเป็นดุลยภาพอยู่เสมอ

1.9) ความเปลี่ยนแปลงใระบบสืบพันธุ์ของมนุษย์จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ตลอดตั้งแต่วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว จนถึงวัยสูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนใร่างกายและขนาดของอวัยวะ

ดังนั้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยานี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาลสุขภาพ ไม่มากก็น้อย ซึ่งหากผู้ใดมีปัญหามาก ก็มักจะส่งผลไปถึงจิตใจของผู้สูงอายุไปด้วย อาจเกิดความหดหู่ ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด เกรี้ยวกราด เป็นต้น ผลการสำรวจสุขภาพของ ผู้สูงอายุไทยใงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าปัญหาหลักของผู้สูงอายุคือ ปัญหาลสุขภาพ ทั้งที่สุขภาพ ไม่สมบูรณ์ ไม่แข็งแรงเช่นแต่ก่อน และปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ซึ่งโรคที่มักพบใ ผู้สูงอายุทั่วไปได้แก่ ปวดหลัง/เอว ไชข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจกตา ต้อเนื้อตา โรคเกี่ยวกับหู อัมพาต/อัมพฤกษ์ (นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539)

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ใวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทใสังคมที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากใการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา

การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อคน บุคคลที่มีความหมายได้แก่บุคคลทั้งในและนอกครอบครัวที่สนิทสนมใกล้ชิด เช่น เพื่อน โดยเฉพาะคู่ชีวิต การตายของคู่ชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกได้มากที่สุดในชีวิต ระยะเวลาหลังจากการตายของคู่สมรสเป็นระยะเวลาของความเศร้าโศก ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตอยู่ต้องค่อย ๆ ปรับตัวต่อสถานภาพใหม่ของตนเองทีละน้อย ภาวะการเป็นหม้ายจะก่อให้เกิดความรู้สึกหว่าเหวในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชายที่เคยได้รับการปรนนิบัติดูแลจากภรรยา

การเกษียณอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญสำหรับบุคคลซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากทัศนคติของคนในสังคมที่คิดว่า คนสูงอายุจะมีประสิทธิภาพด้อยกว่า เชื่องช้าปรับตัวไม่ได้ รวมทั้งมีความอ่อนแอในการทำงานมากกว่าวัยหนุ่มสาว ทัศนคติเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์ เป็นการสูญเสียรายได้ สูญเสียอำนาจ บทบาทลดลง

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุนี้ ส่วนหนึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ จะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น โดยผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม โดยสุรกุล เจนอบรม (2534)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุนั้นเป็นเหตุให้เกิดผลต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสังคมและทางด้านสุขภาพ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) โดยการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ จะนำไปสู่การเกิดโรค (Lauder, 1993 cite in Victor, 1994) จากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมที่เคยทำได้ลดลงและอาจส่งผลให้ความสามารถเสื่อมถอย โดยโรคเรื้อรังเหล่านี้นำไปสู่ภาวะพิการและพึ่งพาในกลุ่มประชากรสูงอายุซึ่งต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงรวมทั้งต้องใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย

1.3 การเปลี่ยนแปลงประชากรสูงอายุ

จากข้อมูลอัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี ค.ศ. 1905 เป็นร้อยละ 16.6 ในปี ค.ศ. 2025 ซึ่งในจำนวนนี้กลุ่มประเทศทางอเมริกาเหนือและยุโรปมีอัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปีสูงสุด คือโดยเฉลี่ยจากประมาณร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 1950 เป็นร้อยละ 24 ในปี ค.ศ. 2025 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรคือ ผู้สูงอายุนั่นเอง สำหรับประเทศในเอเชียมีอัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 60

ปี โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 8.7 จากปี ค.ศ. 1950 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 ในปี ค.ศ. 2025 และ คาดว่าประเทศญี่ปุ่นจะมีอัตราส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุมากที่สุดคือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.5 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 27.9 ในปี ค.ศ. 2025 (United Nation, 1985 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตื่อนใจ ภักดีพรหม, 2549)

สำหรับประเทศไทยอัตราการเติบโตของจำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตรา สูงขึ้น เนื่องจากความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัว ทำให้สามารถควบคุมการเจริญพันธุ์ ให้ลดลงสู่ระดับต่ำได้อย่างรวดเร็ว ทำให้จำนวนเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวลดลงเหลือต่ำกว่า 4 คนในปัจจุบัน โดยแนวโน้มของการลดลงนี้ยังมีต่อไปอย่างต่อเนื่อง (นภาพร ชัยวรรณ และคณะ, 2532) รวมทั้งการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะวิธีป้องกันและ รักษาโรค ทำให้มีอัตราการตายลดลง และมนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น โดยมีการศึกษาสถิติย้อนหลัง ณ ปี พ.ศ. 2538 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 8.11 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.19 ในปี พ.ศ. 2543 และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกเป็นร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าในอีก 20 ปีข้างหน้า (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) จะเห็น ได้ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และมีเวลาเตรียมรองรับ สถานการณ์ดังกล่าวน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงาน ผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2547)

1.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ รวมทั้งมีการขยายตัวและเติบโตเป็นชุมชนเมือง (urbanization) โดยการเปลี่ยนแปลงได้กระจาย ไปยังเมืองและจังหวัดสำคัญ ๆ ของภูมิภาคอย่างรวดเร็ว (สันตต์ เสริมศรี, 2539) ส่งผลให้แรงงาน เกษตรกรรมในชนบทต่างหลั่งไหลเข้ามาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยกลุ่มคนหนุ่มสาว วัย ผู้ใหญ่ และวัยทำงานในท้องถิ่นต่างพากันละทิ้งถิ่นฐานบ้านเกิดของตนเพื่อแสวงหาโอกาสที่ดีกว่า ทั้งทางด้านสภาพความเป็นอยู่และค่าตอบแทนในการทำงาน (วราคม ที่สุกะ, 2544) ทำให้วิถีชีวิต เปลี่ยนไปเพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพสังคม นอกจากนี้ความจำเป็นทางเศรษฐกิจและความ จำกัดของพื้นที่ก่อสร้างบ้านพักอาศัย ทำให้หนุ่มสาวสมัยใหม่เมื่อแต่งงานมักจะแยกครอบครัวไป อยู่ต่างหาก ทำให้พ่อแม่ที่สูงอายุ และอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นอยู่กันตามลำพัง เนื่องจาก ลักษณะครอบครัวขยายลดลง ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม นอกจากนี้ผู้หญิงได้มีบทบาทที่สำคัญใน

ภาคแรงงานและเศรษฐกิจ ทำให้แรงงานเหลือในครอบครัวลดลง และลดโอกาสของการมีผู้ดูแล (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) โดยเมื่อพิจารณาถึงลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในครัวเรือน พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีจำนวนถึง 400,000 คน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547)

1.5 ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง

ในปัจจุบันโรคและปัญหาสุขภาพของประชากรสูงอายุมีแบบแผนที่เปลี่ยนไป จากแต่ก่อน เนื่องจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดีส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น การเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งการแพทย์ทำให้หลายคนรอดชีวิตแต่บางกรณีก็ต้องอยู่กับสภาวะของความพิการหรือทุพพลภาพแทน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) แต่จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาคเศรษฐกิจของประเทศจากภาคเกษตรกรรมไปเป็นภาคอุตสาหกรรม ส่งผลกระทบต่อครอบครัวดั้งเดิมและค่านิยมหรือความเชื่อเกี่ยวกับความกตัญญูของบุตรต่อบิดา มารดา หรือญาติผู้สูงอายุ การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่นของชนบทเข้าสู่เมืองของคนหนุ่ม การทำงานนอกบ้านของสตรี ประกอบกับการแพร่อย่างรวดเร็วของวัฒนธรรมตะวันตก เน้นการพึ่งพิงตนเองภายใต้การสื่อสารยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ค่านิยมหรือประเพณีที่เกี่ยวกับความกตัญญูต่อบิดา มารดา อ่อนแอลง ส่งผลต่อการช่วยเหลือและดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวน้อยลง (วันดี โภคะกุล, 2548: 14) ดังนั้นจากสภาพการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้บุตรมีภาระหน้าที่ มีชีวิตความเป็นอยู่ที่เร่งรัด การอพยพแรงงานเข้าเมือง การขยายโอกาสทางการศึกษา การที่สตรีเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น สตรีและเด็กจึงออกนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล (จันทรัตน์ ระเบียบโลก, 2542) เนื่องจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและเจ็บป่วยเรื้อรัง มีปัญหาสุขภาพ ถดถอยอ่อนแอ นำไปสู่ความต้องการการดูแลแบบต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว ต้องการคนดูแล แต่การดูแลในครอบครัวในปัจจุบันประสบปัญหายุ่งยากมากขึ้น จากความจำเป็นทางเศรษฐกิจของสังคมปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงขาดผู้ดูแล (Tom, 2003) รวมทั้งผู้สูงอายุเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแล ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลในระดับมาก รวมทั้งมีความต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ (Kathleen et al., 1996; Yap, 2003)

2. ภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และครอบครัว ดังนั้นความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นภาวะที่บุคคลต้องตระหนักถึงความรุนแรงของผลเสียที่เกิดขึ้น ต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ได้อธิบายลักษณะของโรคเรื้อรังไว้ว่า

1. เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ บุคคลจะไม่สามารถสังเกตอาการได้ในระยะแรก ทำให้เป็นโอกาสของพยาธิสภาพที่จะลุกลามเป็นมากขึ้น จนถึงขั้นรุนแรงเกิดอาการและอาการแสดงซึ่งบ่งบอกถึงว่าโรคมีความรุนแรงมากขึ้นและเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้การรักษาโรคอาจกระทำได้น้อยลง การพยากรณ์โรคไม่ดีและทำให้การดูแลตนเองมีความยุ่งยาก ซับซ้อนยิ่งขึ้น

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

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

2.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ภาวะสุขภาพที่มีความเสื่อมถอยลงนั้นอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหาเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิตที่น้อยลงได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (William, 2001)

ภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะที่บกพร่องไปจากภาวะปกติ เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน โดยยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือมีความพิการที่ถาวร ที่ต้องการการดูแลพิเศษ ต้องการการฟื้นฟูสภาพเพื่อรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ โดยต้องมีการดูแลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานโดยผู้เชี่ยวชาญ (Lubkin, 1995 cited in Ebersole & Hess, 2004: 205)

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึงภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดั้งเดิมได้ ยิ่งก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการติดตาม สังเกตอาการและการดูแลติดต่อกันอย่างน้อย 3 – 6 เดือนทำให้เกิดการดูแลที่ปัญหาในการดูแลที่หลากหลายและซับซ้อนต้องการบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549: 99)

สรุปภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่บกพร่องไปจากภาวะปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดั้งเดิมได้ โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 3 – 6 เดือนและความเจ็บป่วยก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพเพื่อรักษาความสามารถในการทำหน้าที่ไว้และต้องมีการดูแลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานโดยบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพ

2.2 ภาวะความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ความชุกภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นพบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น โดยพบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปโดยพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับโรคข้อและกระดูก ความดันโลหิตสูง มีปัญหาการได้ยินบกพร่อง โรคหัวใจและต้อกระจก (Holden, 2001 cited in Ebersole & Hess, 2004: 209) ด้วยภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นทำให้มีความต้องการการดูแลในสถานบริบาลเนื่องจากปัญหานี้เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดความพิการ (Ebersole & Hess, 2004)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ. 2539 – 2540 เกี่ยวกับความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรสูงอายุไทย พบว่าความชุกของโรคเรื้อรังเพิ่มจากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี และ 90 ปีขึ้นไป นอกจากขนาดความชุกแล้วพบว่าผู้สูงอายุมักป่วยด้วยโรคหลายโรคพร้อมกัน (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2540) โดยโรคเหล่านี้มักเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลระยะยาว เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุลดลง กล่าวคือโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในประชากรสูงอายุของไทยคือ โรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคที่มีผลต่อประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้

ยีน เป็นต้น นอกจากนี้โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าเป็นปัญหาในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ปัญหาการกั้นปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม และโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญ เช่นเดียวกันทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจที่เคยและควรจะทำได้ และร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลกิจส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2545)

จากการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วน (ร้อยละ 28.4) ผอม (ร้อยละ 13.8) ส่วนผู้สูงอายุชายมีน้ำหนักเกินและอ้วน (ร้อยละ 21) ผอม (ร้อยละ 14.2) โดยกลุ่มอาการและโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก (ร้อยละ 53.8) กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 36.5) กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 33.5) และโรคทางสายตา (ร้อยละ 18.2) ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีปัญหาระดับความดันโลหิตสูงที่สุด (ร้อยละ 32.4) และผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่ามีปัญหาสุขภาพมากที่สุด ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการเจ็บป่วยของโรคเบาหวานและโรคหัวใจสูงกว่าภาคอื่นๆ และผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด (ร้อยละ 87) จะเห็นได้ว่าโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเป็นเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องเป็นภาระของผู้อื่นที่จะดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร โดยประมาณร้อยละ 1.7 ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก ซึ่งแสดงว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลืออยู่เป็นประจำหรือตลอดเวลา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2540)

2.3 ภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่พบบ่อยในสถานบริการ

ผู้สูงอายุที่พบบ่อยในสถานบริการส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1 – 2 โรค โดยโรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุพบบ่อยในสถานบริการ (Rother, 2003) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเหล่านี้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับข้ออักเสบ ภาวะกระดูกพรุน ทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะกระดูกหักเป็นภาวะที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพระยะยาว หรือในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

มีปัญหาตาบอดหรือต้อหินจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาด้วย หรือแม้แต่ภาวะเจ็บป่วย ทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ก็เป็นความจำเป็นที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุ ย้ายเข้ามาพักในสถานบริบาลด้วยเช่นเดียวกัน โดยส่วนมากผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล เนื่องมาจากไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ลำพังได้ เนื่องจากมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งเรื่องยา และเรื่องอาหารด้วย ดังนั้นผู้ที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ ต้องได้รับการดูแลโดยบุคคลากรทางด้านวิชาชีพ (Mildred, 1994) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุหลักสาเหตุเดียวที่ก่อให้เกิดความ พิกการหลักในประเทศอังกฤษโดย 8 อุบัติการณ์การตายทั่วโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็น อันดับ 2 ของการตายในประชากรอายุมากกว่า 60 ปี รองจากโรคหัวใจส่วนในประเทศ สหรัฐอเมริกาทุก ๆ 3 วินาที จะมีผู้ป่วยตายจากโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน เฉพาะในประเทศที่ พัฒนาแล้วโรคหลอดเลือดสมองจัดเป็นอันดับ 3 ของการตายรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Ebersole & Hess, 2004: 224 – 225)

ระบาดวิทยา (Epidemiology) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุนำไปสู่ ภาวะทุพพลภาพระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราความ เจ็บป่วยและอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและเพิ่มมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี โดยปัญหาที่เกิดจากโรคนี้นำไปสู่ความลำบากในการเดิน การมองเห็น การพูด การคิด เป็นต้น

การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหนึ่งที่ทำให้ เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความอ่อนแอของแขนขา มีความบกพร่องของการสื่อสาร หรือเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยหลังจาก เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณร้อยละ 90 การฟื้นฟูสภาพของสมองจะเกิดขึ้นภายใน 3 เดือน หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10 เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองชนิด หลอดเลือดแตกจากการติดตามหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นเวลา 18 เดือนแล้วพบว่าส่วนมาก มีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยความพิการหรือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสัมพันธ์ กับความสูงอายุนอกจากนี้มักพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรค ดังนั้นผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองควรมีการฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง

ข. ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากการเสื่อมถอยของการ ทำงานของสมอง โดยแสดงความผิดปกติทางด้านความคิด ความจำ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว ซึ่งรุนแรงและรบกวนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม บุคลิกภาพ

และอารมณ์ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) โดยภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลต่อผู้ที่มีอาการแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและญาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากทำให้ร้อยละ 11.2 ของผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่กับภาวะทุพพลภาพ มีภาวะพึ่งพา ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง และต้องการการดูแลระยะยาว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549: 136) ความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 3.3 สัดส่วนของผู้ที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชาย และผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีอัตราความชุกสูงที่สุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2540)

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้แก่ ความจำไม่ดี ไม่สามารถทำงานที่คุ้นเคยได้ มีปัญหาในเรื่องของภาษา เช่น หาคำพูดและเปล่งเสียงไม่ได้ มีความบกพร่องด้านเวลา สถานที่ (Disorientation to time and place) การตัดสินใจไม่ดีหรือผิดพลาด (Poor judgement) หางของไม้พบบางของผิดที่ อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง และไม่มีความคิดริเริ่ม

การวินิจฉัยภาวะโรคสมองเสื่อม (Dementia) สูญเสียความจำและ Cognition อื่นๆร่วมด้วยอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีความรุนแรงจนเป็นปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคมดังเช่น ไม่สามารถคิดในสิ่งที่ซับซ้อนได้ สูญเสียการตัดสินใจ มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ภาษาด้านการพูด หรือการเข้าใจ (aphasia) ไม่สามารถบังคับการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้ในขณะที่ผู้ป่วยยังเข้าใจคำสั่งได้ดี กล้ามเนื้อยังปกติดี (apraxia) และไม่สามารถบอกชื่อสิ่งของและบุคคลได้ในขณะที่ประสาทสัมผัสยังปกติอยู่ (agnosia)

ค. ภาวะซึมเศร้า (Depression) อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุแต่มักถูกละเลยไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่างการดูแลรักษาที่ค่อนข้างยาก เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาะกรณีที่เป็นโรคซึมเศร้าตามหลังโรคทางอายุรกรรมต่างๆ สาเหตุที่ทำให้โรคซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัยเพราะว่า (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548: 225)

1. เห็นว่าเป็นปกติของผู้สูงอายุที่อายุมากที่จะหดหู่ ท้อแท้ เศร้า เมื่อถูกทอดทิ้งจากลูกหลานไม่มีงานทำ หรือมีโรคประจำตัว
2. คิดว่าอาการของโรคซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดร่วมกับโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ
3. ญาติและผู้สูงอายุเองมักจะไม่ยอมรับว่าเป็นโรคทางด้านจิตใจ คิดว่าเป็นนิสัยไม่ดีของผู้ป่วยมากกว่า

4. ผู้สูงอายุมักจะแสดงอารมณ์และความรู้สึกไม่สบายทางด้านจิตใจ ออกมา ด้วยอาการทางร่างกาย

ระบาดวิทยา (Epidemiology) ภาวะซึมเศร้าที่พบได้เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และสถานบริบาล โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าพบในผู้สูงอายุเฉลี่ยร้อยละ 1-3.7 มีประมาณร้อยละ 1 - 9 มีอาการครบถ้วนของโรคซึมเศร้า (Koenig, 1988 cited in Robert, 1994) โดยพบได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการพบได้ถึงร้อยละ 30 โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานบริบาลได้สูงถึง ร้อยละ 25 (Katz, 1994 cited in Osterweil, 2000) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในสถานบริบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในสถานบริบาล (Rovner, 1991 cited in Robert, 1994)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการได้รับยาหลายชนิดในผู้สูงอายุ รวมทั้งความเสื่อม หรือการสูญเสียความสามารถของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การสูญเสียความสามารถในการรับรู้ทั้งการได้ยินและการมองเห็น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุถูกพรากการรับรู้ (Robert, 1994: 117) รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ดังนี้ เพศหญิง สถานภาพโสด ความเครียด การขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งภาวะความเจ็บป่วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม โรคข้อและกระดูกเป็นต้น (NIH Consensus Development Panel, 1992 cited in Mathy, 2003)

อาการและอาการแสดง โดยส่วนมากอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ามักมีการแสดงออกมาเป็นอาการทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอนไม่หลับ เจ็บแน่นหน้าอก ปวดท้อง ท้องผูก การเคลื่อนไหวเชื่องช้า สมาธิไม่ดี ปวดศีรษะ เป็นต้น ((Robert, 1994: 120)

การดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าสูงอายุ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอันดับแรกคือควรมีการประเมินให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุไม่มีโรคทางกายแอบแฝง เพราะโรคซึมเศร้าอาจจะเป็นผลของโรคทางกายหรือผลของยาได้ การซักประวัติจากผู้ใกล้ชิด หรือผู้ดูแลจะช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่รักษาให้หายได้ และจะทำให้ผู้ป่วยกลับมามีคุณภาพชีวิตและมีความสามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน

ดังนั้นภาวะซึมเศร้านับได้ว่าเป็นการป่วยทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และนับได้ว่ายังมีการวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศรำน้อยมาก ซึ่งอาการที่สำคัญของอาการซึมเศร่า นั้นมักแสดงออกมาในลักษณะของความสิ้นหวัง มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ความอยาก

อาหารลดลง (Beer, 2000 cited in Ebersole & Hess, 2004) และพบได้ว่าภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการพบได้ ร้อยละ 30 โดยพบความชุกของภาวะซีมเศร้าในสถานบริบาลได้สูงถึง ร้อยละ 25 (Katz, 1994 cited in Osterweil, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าภาวะซีมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้าตั้งแต่แรกพบร้อยละ 39 ซึ่งภาวะซีมเศร้านี้จะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกาย รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการทำกิจกรรมใด ๆ รวมทั้งพบได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าได้มากขึ้น (Sahr, 1999 cited in Ebersole & Hess, 2004)

2.4 การประเมินภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง ไข้หลายชนิด และมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายอย่างที่มีผลต่อสุขภาพและสมรรถภาพทางร่างกาย การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุมีทั้งวิธีการซักถาม การสังเกต การคลำ การเคาะ การฟัง โดยการประเมินภาวะสุขภาพกาย ทำได้โดยการตรวจร่างกายโดยทั่วไป ดังนี้ (ชัยเวช นุชประยูร, 2534)

1) น้ำหนักและส่วนสูง การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อดูภาวะโภชนาการ โดยการใช้เครื่องชั่งน้ำหนักและส่วนสูงจะช่วยให้พิจารณาว่าภาวะโภชนาการปกติ ผอมหรือ อ้วนเกินไปโดยคำนวณน้ำหนักที่พึงประสงค์เป็นกิโลกรัม หาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย

โดยใช้สูตรดัชนีความหนาของร่างกาย = $\frac{\text{น้ำหนัก(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูงเป็น(เมตร)}^2}$

ส่วนสูงเป็น(เมตร)²

ค่าปกติคือ 18.5 – 24.9 ถ้าต่ำกว่า 18.5 ถือว่าน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ และหากได้ค่า 25 - 29.9 ถือว่าน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ (ปาลิรัตน์ พรทวีภัณฑา, 2545)

2) การหายใจ ซึ่งในผู้สูงอายุมีการหายใจประมาณ 16-24 ครั้ง ไม่ควรเกินกว่านี้ และประเมินว่ามีการหายใจทางปากหรือไม่

3) ความดันโลหิต ซึ่งการตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค

4) ความสามารถในการมองเห็น โดยใช้การวัดความสามารถในการมองเห็น 2 ระยะ คือ การมองเห็นในระยะใกล้ มีวิธีการตรวจโดยให้ผู้ถูกตรวจอ่านหนังสือที่อยู่ห่าง 1 ฟุต แล้วบันทึกผลว่าชัดเจนหรือไม่ ส่วนการมองเห็นในระยะไกล โดยให้ผู้ถูกตรวจอ่านตัวอักษรบน Snellen chart

5) หู ตราวจการได้ยินโดยใช้เสียงพูดซึ่งผู้ถูกตรวจจะอยู่ในท่านั่ง ผู้ตรวจยืนทางด้านข้างของผู้ถูกตรวจห่างประมาณ 2 ฟุต แล้วผู้ตรวจพูดคำใดก็ได้ทำเช่นนี้ทั้ง 2 ข้าง

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นได้ว่าภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นั้นมีผลต่อการดูแลระยะยาวและดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อจัดบริการให้ตอบสนองของความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลให้ครอบคลุมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย และอยู่ในภาวะทุพพลภาพ หรือภาวะพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ลดลงทั้ง ภาวะความเสื่อมถอยสมรรถภาพ และความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีผลต่อความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล

3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ การกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตที่ทำได้จริง

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตสังคมลดลง จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ เป็นผลให้ต้องมีบุคคลอื่นเป็นผู้ดูแลและทำกิจวัตรประจำวันให้ทุกวัน (Van, 1976 cited in Buntinx, 2004)

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง ที่ส่งผลสู่ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง มาจากความเสื่อมถอยสมรรถนะ โดยพบว่าความบกพร่องในการมองเห็นและการได้ยินนั้นเป็น สภาพเรื้อรังที่พบว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ (Rudberg ,1993 cite in Caywood, 1998) เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้คงเดิม ทำให้เกิดความพิการได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2528; สรุกุล เจนอบรม, 2534) ซึ่งภาวะทุพพลภาพนั้นพบได้มากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยพบว่าภาวะทุพพลภาพนั้นจะพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะนี้มีความต้องการการดูแลระยะยาว (Kavaler, 1997) ซึ่งพบว่าประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวนั้น พบในผู้สูงอายุมากกว่า 1,000,000 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพนี้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพนั้นต้องได้รับการดูแลจากบุตรหลานอย่างน้อย 23 ชั่วโมงหรือมากกว่าต่อสัปดาห์ (Kemper, 1992 cited in Ebersole & Hess, 2004) โดยภาวะทุพพลภาพระยะยาวและระดับความรุนแรงในประชากรสูงอายุ พบว่าผู้ที่มีโรคหรือภาวะบกพร่องเรื้อรังที่เป็นมานานไม่ต่ำกว่า 6 เดือนมีอัตราความชุกร้อยละ 72.5 ภาวะทุพพลภาพที่มีความรุนแรงมากเพิ่มขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น

ขึ้น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จะมีภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือตลอดเวลา ดังนั้นภาวะทุพพลภาพจึงเป็นตัวชี้วัดสถานะสุขภาพนอกเหนือจากอายุ คาดหวัง อัตราตาย และอัตราป่วย ภาวะทุพพลภาพยังเป็นประโยชน์ในการใช้วัดความรุนแรงของความเจ็บป่วย ใช้ติดตามผลลัพธ์ของสุขภาพและประเมินผู้สูงอายุ การศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่เคยทำได้ มีผู้สูงอายุร้อยละ 18.9 ที่มีปัญหามานานกว่า 6 เดือน ซึ่งเป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาวยิ่งมีอายุมากขึ้น ความชุกของภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และจากการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 1.6 ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้องได้โดยลำพัง และร้อยละ 3.1 ที่ไม่สามารถออกนอกบ้านได้อย่างอิสระ สำหรับผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงมีถึงร้อยละ 4.9 ของประชากรที่ทุพพลภาพ ส่วนภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะ 2 สัปดาห์จากความเจ็บป่วย มีความชุกร้อยละ 7.4 ของประชากรที่ทำการศึกษา เมื่อรวมกับความชุกของภาวะทุพพลภาพทั้งหมดจะเท่ากับร้อยละ 25 นั่นคือผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมหรือมีภาวะทุพพลภาพ ข้อมูลจากการศึกษานี้สรุปได้ว่าปัญหาสุขภาพเรื้อรังและเฉียบพลันเป็นเหตุให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งภาวะทุพพลภาพนั้นเป็นเหตุผลที่สำคัญที่ผู้สูงอายุพักในสถานบริบาล (Kavaler, 1997)

3.1 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่กำหนดได้หรือไม่ โดยเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่

3.1.1 Barthel Index สร้างโดย Collin and et.al (1998) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วิภาวี กิจกำแหง (2548) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดส่วนตัว การอาบน้ำให้ตนเอง การรับประทานอาหาร การเข้าห้องส้วม การเดินขึ้นบันได การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน และการเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

3.1.2 The Katz Index of ADL ของ Katz and et.al (1970) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องส้วม การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

3.1.3 ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index) พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบสอบถามสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก Barthel Index ของ Barthel & Mathoney (1965) เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงเป็นความจำเป็นในการวางแผนการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ Barthel Index สร้างโดย Collin and et.al (1998) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วิภาวี กิจกำแหง (2548) เนื่องจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่มีปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งเป็นแบบสอบถามที่สามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมิติทุกด้าน

4. แนวคิดเกี่ยวกับระดับเขาวงกตปัญหา

ผู้สูงอายุทุกคนมีปัญหาความจำเสื่อมถอยทั้งนั้น แต่จะเป็นมากหรือน้อยแตกต่างกัน เรียกว่าภาวะนี้ว่า ความจำถดถอยในผู้สูงอายุ (age – associated memory impairment) ดังนั้นภาวะนี้จึงถือว่าเป็นสิ่งปกติในผู้สูงอายุ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537) การบ่งชี้ความบกพร่องด้านเขาวงกตปัญหา มีความสำคัญ เนื่องจากภาวะความบกพร่องด้านเขาวงกตปัญหา มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งความบกพร่องทางการรับรู้ด้านเขาวงกตปัญหาเป็นภาวะเรื้อรัง และเป็นปัญหาที่ทวีมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความบกพร่องการรับรู้ด้านเขาวงกตปัญหา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ, 2547) และ Nishiwaki (2005) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาลในประเทศญี่ปุ่นมีภาวะพึ่งพาจากภาวะสมองเสื่อม (MMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22) เช่นเดียวกับ Rothera (2003) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริบาลมีปัญหาทางด้านเขาวงกตปัญหา (มีคะแนน MMSE อยู่ในช่วง 0 – 9 คะแนน) ที่ต้องการระดับการดูแลในระดับสูง

4.1 แบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา

4.1.1 แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) เป็นแบบประเมินสภาพจิตที่มีทั้งหมด 13 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 19 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน แสดงว่าน่าจะมีคามผิดปกติของระดับเชาวน์ปัญญา

4.1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) มีจำนวนทั้งหมด 11 ด้าน คือ 1) Orientation for time ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบันหรือไม่ 2) Orientation for place ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบรู้ว่าอยู่ที่ใดในขณะที่กำลังทดสอบ 3) Registration ต้องการทดสอบการบันทึกความจำ 4) Attention / Calculation ต้องการทดสอบสมาธิของผู้ถูกทดสอบ 5) Recall ต้องการทดสอบความจำระยะสั้น 6) Naming ต้องการทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่เห็นได้อย่างถูกต้อง 7) Repetition ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบพูดซ้ำคำที่ได้ยินอย่างถูกต้อง 8) Verbal command ต้องการทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามสั่งได้อย่างถูกต้อง โดยให้ทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน 9) Written command ต้องการทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมายและสามารถทำตามได้อย่างถูกต้อง 10) Writing ต้องการทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมายของผู้ถูกทดสอบ 11) Visuoconstruction ต้องการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งตามระดับการศึกษา คือ ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม และผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นิยมใช้แพร่หลาย รวมทั้งเป็นแบบที่เหมาะสมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของประชากรในประเทศไทย มีความแม่นยำ และเชื่อถือได้ อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความจำเพาะที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้ได้ทั้งประชากรที่มีการศึกษา และไม่มีการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งผลต่อภาวะด้านจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ พบได้เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และสถานบริบาล (Koenig, 1988 cited in Robert, 1994) โดยพบได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริบาลพบได้ถึงร้อยละ 30 โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานบริบาลได้สูงถึง ร้อยละ 25 (Katz, 1994 cited in Osterweil, 2000) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในสถานบริบาลนั้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในสถานบริบาล (Rovner, 1991 cited in Robert, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bruce (2007) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้เพิ่มขึ้นในสถานบริบาล และส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งมีอัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักประสบกับอาการซึมเศร้า

5.1 การประเมินภาวะซึมเศร้า

5.1.1 Beck Depression Inventory (BDI) ของ Beck (1961) เป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมทั้งใน ด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ และเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 63 คะแนน แบ่งคะแนนเป็นข้อละ 0 – 3 คะแนน การแปลผลคะแนนคือ 0 – 9 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 – 15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 16 - 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง 20 – 29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับมาก และ 30 – 63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

5.1.2 Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างโดย Yesavage (1983) เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย การคิดรู้ และการแยกตัว ซึ่งได้รับการพัฒนาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale -TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 คำถาม สำหรับเกณฑ์การคิดคะแนน คือ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดให้ตอบ 2 คำตอบคือ ใช่ – ไม่ใช่ โดยข้อคำถามมีลักษณะเชิงบวก 10 ข้อ ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ 20 ข้อ ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน โดยแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 และเป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้แพร่หลายในประเทศไทย เป็นแบบ

วัดความเศร้าที่ใช้ประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมี หรือไม่มีอาการ ความรู้สึกเหล่านั้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย เนื่องจากเป็นแบบวัดที่นำไปใช้ง่าย และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของไทย

6. แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ

6.1 ความหมายของความต้องการ

Orlando (1969 อ้างถึงใน พจนา สมุทร์ตี, 2549) ให้ความหมายของความต้องการไว้ว่า เป็นความประสงค์ของบุคคลถ้าได้รับการตอบสนองจะช่วยลดความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความสุขสบายของชีวิต

Wingate & Leckey (1989 อ้างถึงในนภา สุทธะตั้ง, 2547) ให้ความหมายความต้องการไว้ว่าเป็นแรงกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการปรับการรับรู้ถึงสิ่งที่ขาดไปให้เข้าสู่ภาวะสมดุล

Maslow (2000) ให้ความหมายความต้องการไว้ว่าความต้องการเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตที่มีอยู่ตามธรรมชาติไม่มีที่สิ้นสุดเมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วความต้องการขั้นสูงกว่าจะเกิดขึ้นเสมอ

สรุปว่าความต้องการเป็นความประสงค์ที่บุคคลอยากได้รับเพื่อการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐาน เพื่อให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุด การที่บุคคลอยู่ในสังคม ย่อมจะมีความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในลักษณะที่เป็นองค์รวม ร่างกายจึงมีการทำงานอย่างผสมผสานกันตลอดเวลา และเกิดแรงผลักดันในการที่จะทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิตได้ขาดหรือได้ไม่เพียงพอ อาจก่อให้เกิดความผิดปกติของร่างกายได้ ในบางครั้งความต้องการไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยตนเอง จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Yura & Walsh, 1983) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชราหรือต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถของร่างกายลดลง จึงต้องการความช่วยเหลือ และการดูแลจากบุคคลอื่น ตามความเหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Stride, 1988 อ้างถึงในสุนันทา ทองพัฒน์, 2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อร่างกายมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยมากเท่าใด บุคคลยิ่งต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น (Stoller & Pugliesi, 1991) ความต้องการการ

ช่วยเหลือจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ อายุ ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้ให้การดูแล (Wegner & Alexander, 1993)

6.2 ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล

จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความต้องการเพียงในสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้นด้วย และพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนมากมีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อยู่ในภาวะทุพพลภาพ จึงมีความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Sahyoun (2001) พบว่าร้อยละ 92 มีความต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำและร้อยละ 96 มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร และพบว่าระดับความต้องการความช่วยเหลือเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rothera (2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในระดับสูง ดังนั้นผู้สูงอายุที่พักในสถานบริบาลมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ และการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน (Packham, 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mary (1999) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลร้อยละ 39 ต้องการได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการแต่งกาย และร้อยละ 82 มีความต้องการได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดยาและการได้รับยาที่ถูกต้อง และจากการศึกษาของ Leung (2000) พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีความต้องการการจัดการกับความเจ็บป่วย ต้องการการดูแล และต้องการการทำให้กายภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย และได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความชำนาญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับ Brown (2001) ได้จำแนกความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ได้ดังนี้

1. ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การแต่งกาย การป้อนข้าว ป้อนน้ำ การช่วยเหลือด้านการขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า และการเคลื่อนที่
2. ต้องการการทำให้กายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ร่างกายคงความสามารถให้มากที่สุด
3. ความต้องการทางการแพทย์และต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ
4. มีความต้องการจัดการเกี่ยวกับการบริหารจัดการเกี่ยวกับยาที่ได้รับ
5. มีความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ศึกษาลักษณะของผู้ที่พักอาศัยใน Nursing Home มีความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่าย การเคลื่อนที่และการรับประทานอาหาร ตามลำดับ และสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานบริบาลมีสาเหตุมาจากความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 53) ความต้องการทางด้านการแพทย์และพยาบาล (ร้อยละ 49) ต้องการที่พักอาศัย (ร้อยละ 34) ญาติไม่สามารถดูแลทางด้านร่างกายได้ (ร้อยละ 32)

6.3 การประเมินความต้องการ

การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมในสถานบริบาลนั้น เป็นการตอบสนองการดูแลที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความต้องการการพยาบาลนั้น มีความต้องการการดูแลในสถานบริบาล เช่นผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ หรือพฤติกรรมที่ต้องการผู้ดูแลที่มีความเฉพาะ โดยมีการประเมินจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินทางด้านจิตใจ การประเมินทางด้านพฤติกรรม เป็นต้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องการการทํากายภาพบำบัด ความต้องการทางด้านทางการแพทย์ และต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ ความต้องการจัดการเกี่ยวกับการบริหารจัดการเกี่ยวกับยาที่ได้รับ และความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ที่มีผู้ศึกษา เช่น การใช้รูปแบบการประเมิน Functionally Ranked Explanatory Designations (FRED) ของ Morris (1987) ที่ศึกษาการวัดระดับการทำหน้าที่ของร่างกายเพื่อประเมินระดับความต้องการการดูแล แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากศึกษาเฉพาะใน setting ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านของพฤติกรรมอย่างเดียว และจากการศึกษาของ Teresa (2000), Carpenter (2000) และ Brown (2001) ได้ทำการศึกษาและประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลโดยการใช้ Minimal Data Set / Resident Assessment Instrument (MDS /RAI) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ในสถานบริการการดูแล โดยเฉพาะสถานบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบทั้งความตรงและความเที่ยงแล้ว และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในสถานบริบาล (<http://www.doh.gov.uk/ncsc/carehomes.pdf>)

เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาด้านภาวะความเจ็บป่วยและนำไปสู่ความต้องการการดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การได้รับการดูแลและมีคนคอยห่วงใยเป็นสิ่งที่ทุก ๆ คนปรารถนา การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จะตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้มีกำลังใจ มี

ความมั่นคงทางอารมณ์ และสามารถเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม (Anderson & Bran, 1995) ดังนั้นการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดบริการการดูแลที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุสนองตอบความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง รวมทั้งเพื่อการพัฒนาบุคคลากรให้มีความเหมาะสมกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุด้วยเช่นเดียวกัน

6.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลที่คัดสรรมา มีดังนี้

1) เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการสุขภาพ (Anderson, 1995) และถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถของร่างกาย นอกจากนั้นแล้วยังพบว่าเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงมักประสบปัญหาด้านสุขภาพค่อนข้างสูง ดังการศึกษาของ นภาพร ชิโยวรรณ และคณะ (2530) เรื่องปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า เพศหญิงจะมีภาวะสุขภาพอนามัยด้อยกว่าเพศชาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และภาวะพึ่งพาซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และยังพบได้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่มีความแตกต่างกันดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีภาวะสุขภาพต่างกัน รวมทั้งมีความต้องการการบริการในสถานบริบาลแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล เป็นเพศหญิง

2) อายุ จากการสำรวจโดยการตรวจร่างกายของ สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (2541 อ้างถึงในจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ , 2543) พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่น พบอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ร้อยละ 1.7 ช่วงอายุ 70 - 79 ปี มีอัตราความชุกร้อยละ 2.2 ช่วงอายุ 80 - 89 ปี พบอัตราชุกร้อยละ 3.8 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไปมีอัตราความชุกการเกิดโรคร้อยละ 12.5 ซึ่งจากอายุที่มากขึ้นมีผลต่อภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลที่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป และเกือบครึ่งคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี

3) สถานภาพสมรส จากการศึกษานาง นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2532) พบว่าประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุไทยมีสถานภาพโสด และหม้าย โดยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงอยู่ในสถานภาพหม้ายสูงกว่าเพศชาย คือร้อยละ 58 โดยผู้สูงอายุที่เป็นโสดหรือหม้ายนั้นต้องอยู่เพียงลำพัง มักมีปัญหาในการดำรงชีวิตที่สำคัญคือ ขาดผู้ดูแล (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Celia (2000) และ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด และเป็นหม้ายมากที่สุด สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสด ร้อยละ 2.2

4) สภาพความเป็นอยู่จากการลดลงของขนาดครัวเรือนซึ่งเป็นผลจากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ การชะลอการแต่งงานและรูปแบบงานที่เปลี่ยนจากเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรมและภาคบริการส่งผลให้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 3.6 – 4.3 ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 19.9 มีปัญหาในการดำรงชีวิต ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแล ยามเจ็บป่วย (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Achintya (1997) และ Rachel (1994) พบว่า ก่อนผู้สูงอายุจะย้ายมาอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองเพียงลำพัง หรือเคยมีลูกหลานเป็นผู้ดูแล แต่ลูกหลานไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้

5) ภาวะความเจ็บป่วย จากการศึกษาดisability Adjusted Life Years (DALYs) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศของ สุทธิชัย จิตะพันธกุลและคณะ (2543) พบว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุในประเทศไทยคือ กลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดัน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะซึมเศร้า การหกล้ม เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณภา ศรีธีรรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง (2545) พบได้ว่าผู้สูงอายุไทยต้องประสบกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับศึกษาของ Kathleen et al (1996) และ Yap (2003) พบว่าปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานบริบาล เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาทางจิต ปัญหาทางเขาวงกตปัญญา และกระดูกหักโดยเฉพาะกระดูกสะโพก

6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) ปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาสุขภาพ โดยผู้ที่มีประสพปัญหาสุขภาพนานกว่า 6 เดือนถึงร้อยละ 19 และประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 4 ประสพปัญหาภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะสุขภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7 – 2.1 โดยมีค่าดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 12 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงความต้องการความช่วยเหลือ และความต้องการการดูแลทั้งในครอบครัวและในสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีความพิการในระดับรุนแรงที่ต้องการความช่วยเหลือใน การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้อนอาหาร และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

7) การรับรู้ด้านเขavnปัญญา ความบกพร่องทางการรับรู้ด้านเขavnปัญญาเป็นภาวะเรื้อรัง และเป็นปัญหาที่ทวีมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความบกพร่องการรับรู้ด้านเขavnปัญญา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2547) ดังเช่นการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ปรีกษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ์ (2543) เกี่ยวกับการรายงานสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 3.3 สัดส่วนของผู้ที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเมื่อมีอายุมากขึ้น พบว่ามีถึงร้อยละ 30 ในประชากรอายุ 90 - 94 ปี ผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชาย และพบว่าผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมต้องพึ่งพาในการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2546) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องการรับรู้ด้านเขavnปัญญา พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 74 – 87 ปี รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ดัชนีบาร์ธเอลดีแอล พบว่ามีระดับการพึ่งพาในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rothera (2003), Yap (2003) และ Carpenter et al. (2006) พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีปัญหาทางด้านเขavnปัญญา ส่งผลให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง จึงมีความต้องการการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้นด้วย

8) ภาวะซึมเศร้า พบได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการพบได้ร้อยละ 30 โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานบริบาลได้สูงถึง ร้อยละ 25 (Katz, 1994 cited in Osterweil, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกรับร้อยละ 39 ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการทำกิจกรรมใด ๆ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีความต้องการได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น (Sahr, 1999 cited in Ebersole & Hess, 2004)

7. ลักษณะของสถานบริบาลของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจพบว่าคนอเมริกันประมาณ 2,000,000 คน อาศัยอยู่ในสถานบริบาล 18,000 แห่ง และอีก 2,000,000 คน มีความต้องการที่จะพักในสถานบริบาลอย่างมากในปี ค.ศ. 2018 โดยพบความต้องการพักในสถานบริบาลตามสัดส่วนของอายุประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 1 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 65 – 74 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 75 – 84 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 85 ปีขึ้นไป ในขณะที่เดียวกันสถานบริบาลนั้นเป็นสถานที่ที่ให้บริการอย่างถาวรกับผู้มีภาวะเปราะบาง หรือมีอาการเจ็บป่วยมากเกินกว่าจะอยู่ที่บ้านได้ และต้องการฟื้นฟูสภาพ (<http://www.ehealthinternational.net>: 10)

สถานบริบาลเป็นส่วนหนึ่งของการบริการในสถาบัน ที่ต้องการการดูแลในระดับสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลในสถานบริการ (Sim & Leung, 2000; Williams, 2005) อย่างไรก็ตามความหมายของสถานบริบาลอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่การบริการที่คล้ายกันก็คือ เป็นสถานที่ให้การพยาบาล การช่วยเหลือในด้านกิจกรรมส่วนบุคคล บริการห้องพักและอาหาร ถึงแม้ว่าสถานบริบาลแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกันในด้านชนิดของบริการที่ให้ Nursing Home หรือเรียกเป็นภาษาไทยว่า “สถานบริบาล” ที่มีความหมายว่า เป็นสถานที่สร้างขึ้นเพื่อให้บริการที่พักอาศัยที่มีการพยาบาลหรือการดูแลส่วนบุคคลร่วมด้วย ดังนั้นสถานบริบาล หมายถึงสถานที่ให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงต่อวัน ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลทางด้านจิตสังคมและการดูแลส่วนบุคคล การดูแลสนับสนุนทางการแพทย์ เช่นกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด รวมทั้งบริการห้องพักและอาหาร สถานบริบาลส่วนใหญ่จะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านสุขภาพจิต (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง (ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และ เตือนใจ ภัคดีพรหม , 2550)

ในสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายทางด้านการดูแลสุขภาพที่จ่ายให้กับการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุใน สถานะบริหารมากกว่าร้อยละ 20 ของงบประมาณทั้งหมด และเพิ่มเป็นร้อยละ 40 เมื่ออายุ 85 ปี หรือมากกว่า ปัจจุบันพบว่าประมาณร้อยละ 5 ของประชากรชาวสหรัฐที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่าเข้าพักในสถานบริหารเมื่อใดก็ได้ที่มีความต้องการ โดยมากจะเป็นผู้ที่ต้องการพักฟื้นหลังจากหายจากโรคปัจจุบัน หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนผู้สูงอายุที่เข้าพักรยาวนานโดยมากจะเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิต ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านสรีระ และกลุ่มที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านจิตและสรีระ ซึ่งในประเทศต่าง ๆ ได้จัดให้มีบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในหลายลักษณะต่างกันไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภัคดีพรม, 2550: 28 – 66) ได้ทำการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริการในสถานบริหารใน 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ก. ประเทศสหรัฐอเมริกา การจัดประเภทของสถานบริการตามระดับความต้องการในการดูแล และเป็นที่ทำให้การดูแลประชากรที่มีภาวะพึ่งพา เช่น 1) ที่พักอาศัย หรือสถานที่ทำให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (shelter housing or assisted living setting) เป็นสถานที่พักอาศัยของผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการ ผู้พักอาศัยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่มีผู้คอยกำกับดูแล ในสถานบริการนี้ไม่ได้ให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาล 2) บ้านพักดูแลส่วนบุคคล (personal care homes) ให้บริการห้องพักและรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ต้องการการช่วยเหลือบ้างเข้ามาพัก ผู้พักอาศัยไม่ได้คาดหวังการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยการดูแล 3) สถานอำนวยความสะดวกทางการแพทย์และการพยาบาล (nursing facilities: NF) ตั้งขึ้นเพื่อให้เป็นสถานที่ให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการบริการทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมงแต่จะมีภาวะพึ่งพามากหากอาศัยอยู่ที่บ้าน ผู้พักอาศัยจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ 4) โรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพโรคเรื้อรัง (chronic disease rehabilitation hospitals) หรือที่เรียกว่า “Sub-acute Unit” จะอยู่ภายในสถานบริหารที่ให้บริการทางการแพทย์ในระดับที่ดีกว่าสถานบริหารอื่น ๆ ยกเว้นโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะอยู่ใน Sub-acute ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น การบริการส่วนใหญ่ก็คือ เครื่องช่วยหายใจ และการฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มข้น 5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) เป็นสถานที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต มีบริการทั้งในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือในสถานบริหาร (nursing home) เหมาะสำหรับผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ครอบครัวหรือเพื่อนไม่สามารถให้ได้

ข. ประเทศอังกฤษ มีผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ของภาครัฐและเอกชน แต่เนื่องจากเป็นประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National

Health Services: NHS) เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสได้เข้าถึงการบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นรัฐบาลจึงเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า 2 ใน 3 ของจำนวนเตียงในสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นของภาคเอกชน กล่าวคือสถานบริบาล (nursing home) เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ตลอดเวลา และมีบทบาท ในการเตรียมผู้ป่วยในการกลับไปอยู่ที่บ้านด้วย

ค. ประเทศญี่ปุ่น สถานที่ให้การดูแลที่เปรียบเทียบกับสถานบริบาล (nursing home) เรียกว่า บ้านเฉพาะพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ (special homes for the aged) และตั้งแต่ ปี ค.ศ.1963 เป็นต้นมาพบว่า บ้านเฉพาะพิเศษสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี ค.ศ.1981 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 89,510 คน พักอาศัยในสถานบริบาลทั่วประเทศญี่ปุ่น โดยมีผู้สูงอายุเข้ารับการดูแล คิดเป็นร้อยละ 43 ของจำนวนเตียงทั้งหมด ในสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ (geriatric nursing home) เป็นสถานที่ให้บริการเต็มรูปแบบน้อยกว่าในโรงพยาบาล และการบริการที่ให้ เช่น การให้คำปรึกษา การรักษา การทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย และการช่วยเหลือในด้านอื่นๆ ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเฉียบพลันจะถูกย้ายไปโรงพยาบาลใกล้เคียง

ง. ประเทศสิงคโปร์ สถานบริบาล เป็นการดูแลในสถานบริการหรือในสถาบัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะทุพพลภาพ ที่ต้องการการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ (nursing home for the elderly) ให้บริการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ในระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ และมีจำนวนผู้พักอาศัยในสถานบริบาลทั้งหมด 6,922 คน จะเห็นได้ว่าสถานบริบาลเป็นการให้บริการดูแลในสถานบริการแบบเป็นที่พักอาศัยแก่ผู้ที่ต้องการการดูแลจากผู้ที่มีความรู้ทางการแพทย์ ชนิดของการดูแลตามลำดับความซับซ้อน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีความต้องการใช้บริการสุขภาพและสังคมที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการจัดให้มีบริการแต่ละระดับให้เพียงพอกับความ ต้องการ มีความเหมาะสม และคุ้มค่าจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

จ. ประเทศไทย การบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลยังเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย เนื่องจากประเพณีและวัฒนธรรมการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทยทั้งในอดีตแม้กระทั่งในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่มีผู้ดูแล ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ หรือไม่มีที่อยู่อาศัย จึงมีการสร้างที่พักอาศัยสำหรับดูแลผู้สูงอายุ (residential home) ในรูปแบบที่เป็นสถานสงเคราะห์ของภาครัฐขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 โดยกรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มจัดสร้างบ้านบางแคให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งหรือมีฐานะยากจน และได้

เปิดดำเนินการเพิ่มตามจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งต่อมา ปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนสถานสงเคราะห์รวม 20 แห่ง ให้การดูแลผู้สูงอายุ ถึง จำนวน 3,000 คนซึ่งโดยแท้จริงแล้วภาครัฐยังไม่มีบริการสถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) ที่มีรูปแบบเฉพาะ แต่มีการบริการดูแลด้านสุขภาพที่แฝงอยู่ สำหรับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพต้องการการดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องการการดูแลรักษาแบบต่อเนื่อง เช่น ภาวะสมองเสื่อมอยู่ด้วย ดังนั้นการให้บริการสำหรับผู้ที่พักอาศัย ไม่เพียงแต่ให้การดูแลทั่วไปเท่านั้น ส่วนหนึ่งยังมีการดูแลทางด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมาเมื่อผู้พักอาศัยมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยจำกัดการให้บริการเฉพาะผู้ที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์เท่านั้น ยังไม่เปิดบริการสำหรับบุคคลภายนอกที่ต้องการสถานบริบาล

ส่วนของภาคเอกชนจากการทบทวนองค์ความรู้เรื่องระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ ในประเทศไทยพบว่า การจดทะเบียนของสถานบริบาลผู้สูงอายุภาคเอกชน ส่วนใหญ่จดทะเบียนในรูปแบบสถานพยาบาลเอกชน ประเภททั่วไป ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนของไทยในปัจจุบันมีมากกว่า 400 แห่งจึงไม่สามารถแยกประเภทของสถานบริบาลผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามจากข้อมูลการจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนพบว่า มีการจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชน ประเภทการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพียง 4 แห่งซึ่งน่าจะเป็นรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเริ่มมีการดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยลักษณะสถานบริบาลภาคเอกชน มีลักษณะการบริการในสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นการบริการด้านสุขภาพ โดยทีมการดูแลด้านสุขภาพ โดยส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่เน้นการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีลักษณะการให้บริการ ด้านที่พักอาศัยและบริการพื้นฐาน การให้บริการมีการปรับเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ เพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้น รวมทั้งการบริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลด้านการรักษาพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุที่รับบริการส่วนหนึ่งอยู่ในสภาพ Bed ridden ต้องให้การดูแลใกล้ชิด ทั้งการให้ยา การพลิกตะแคงตัว การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลางถึงมากในสถานบริบาล มีแต่การบริการของภาคเอกชน และยังขาดการกำหนดมาตรฐานการดูแล ดังนั้นควรมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริการในสถานบริบาลขึ้นมาเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลนั้น ๆ ด้วย รวมทั้งเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้สูงอายุ

8. บทบาทของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุในสถานบริบาล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความต้องการการดูแลระยะยาว จึงมีความสำคัญอย่างมากที่พยาบาลควรมีการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องมีความตระหนักและตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Roach, 2001; Eliopoulos, 2005 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สุศาสตร์, 2549: 118 – 120) ดังนี้

1. การดำรงหรือปรับปรุงระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งพยาบาลมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสามารถ ผ่านการประเมินดำรงอาการหรือปรับปรุงสุขภาพ ส่งเสริมระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การใช้เครื่องช่วยเหลือ หรือให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ

2. การจัดการกับโรคอย่างมีประสิทธิภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและให้ได้รับการรักษาที่เกี่ยวข้อง

3. กระตุ้นความสามารถการหายของร่างกาย เช่น การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย

4. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนนั้นทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงรวมทั้งมีความพิการเพิ่มขึ้น

5. ชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย

6. ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุดเท่าที่ทำได้

7. ดูแลให้เสียชีวิตโดยปราศจากความทุกข์ทรมานและมีศักดิ์ศรี

พยาบาลที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้ตามที่เรียนมาจะสามารถจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังและอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในผู้สูงอายุในสถานบริบาลได้ โดยจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการใช้จ่ายลดลง เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายผู้พักอาศัย ลดอัตราการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลฉุกเฉินหรือโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้พักอาศัย (ศิริพันธ์ สุศาสตร์, 2549: 72) โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้นั้นจะทำให้ผู้สูงอายุในสถานบริบาลเกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Nazarko, 2002)

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Kane (1983) ศึกษาถึงผู้ที่เข้ามาใช้บริการใน nursing home พบว่าปัจจัยหลักที่มีผลต่อความต้องการของผู้สูงอายุเข้าพักใน nursing home มีความสัมพันธ์กับ อายุ สภาพของโรคที่

ถูกวินิจฉัย การอยู่คนเดียว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สถานภาพโสด ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมไม่เพียงพอ มีภาวะทุพพลภาพ และมีความจำเป็นต้องอาศัยการช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย

Ribbe (1997) ศึกษาปัจจัยต่อความต้องการในการย้ายเข้าอยู่ในสถานบริบาลพบว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้าน อายุ การวินิจฉัยโรค การอยู่ตามลำพัง ข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนจากครอบครัว

Chan (1998) ศึกษาถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้าพักในสถานบริบาลพบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพ ความไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้และความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

Houde (1998) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายผู้สูงอายุและครอบครัวที่ใช้บริการสถานพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานพยาบาล ได้แก่ หลังจากกลับจากโรงพยาบาล เคยอยู่สถานพยาบาลมาก่อน เพศ อายุ การช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และขาดผู้ดูแล ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ การที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้ การขาดทักษะการให้การดูแลในการขับถ่าย และความมั่นใจในการให้การดูแล

Mary (1999) ได้ศึกษาคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะข้อเสื่อม และความดันโลหิตสูง รวมทั้งพบว่าร้อยละ 47 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งร้อยละ 43 มีภาวะการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 71 รับประทานอย่างน้อย 3 - 7 ชนิด ร้อยละ 37 มีภาวะก้นปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 39 มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว มีท่าเดินที่ไม่มั่นคง ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเช่นรถเข็น ไม้เท้า และพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลร้อยละ 39 ต้องการได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และการแต่งกาย และร้อยละ 82 มีความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดยาและการดูแลให้ได้รับยาที่ถูกต้อง

Challis (2000) ศึกษาภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุรายใหม่ที่พักในสถานบริบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 83 ปี ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ และภาวะสมองเสื่อม ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index เท่ากับ 5 - 12 คะแนน) และมีการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาในระดับต่ำ (MMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน)

Sim & Leung (2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลภาคเอกชน พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลอยู่ในกลุ่มอายุเฉลี่ย 80 ปี ร้อยละ 68

พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 38 เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ในภาว
 นอนติดเตียง และ ร้อยละ 39 มีปัญหาเกี่ยวกับกลิ่นปัสสาวะไม่ได้ และจากการประเมิน
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Katz Index of ADL พบว่าร้อยละ
 93 มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 อย่าง หรือมากกว่า
 ร้อยละ 67 ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะสมองเสื่อม และพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีความ
 ต้องการการดูแลในระดับสูง รวมทั้งต้องใช้ผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญ

Tomiaak (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในสถาน
 บริบาลของแคนาดา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในสถานบริบาลร้อยละ 83 เป็นผู้สูงอายุเพศ
 หญิง ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 85 ปี ขึ้นไป และส่วนมากอยู่ในสถานภาพหม้าย ปัจจัยเสี่ยงที่
 ผู้สูงอายุเข้าพักในสถานบริบาลพบว่ามีภาวะสมองเสื่อม และความผิดปกติทางด้านจิตใจ รวมทั้ง
 มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลจาก
 ความเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพิการและอยู่ในภาวะพึ่งพาในระดับสูง ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่
 ทำให้ผู้สูงอายุในแคนาดาย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริบาล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายুর้อยละ 35 มี
 ความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มี
 ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง และกระดูกสะโพกหัก นั้นเป็นปัจจัยทำนายได้ว่าเป็นสาเหตุที่
 ทำให้ผู้สูงอายุย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริบาล เนื่องจากความเจ็บป่วยเหล่านี้มีความต้องการได้รับ
 การดูแลที่มีความเฉพาะหลังจากการแก้ไขภาวะเฉียบพลันแล้ว ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุที่ย้ายเข้า
 อยู่ในสถานบริบาลเนื่องจากมีความต้องการดูแล ในภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้น

Sahyoun (2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของคุณลักษณะผู้สูงอายุที่พักอาศัย
 ในสถานบริบาลในช่วงปี ค.ศ. 1981 - 1997 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาล
 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง และมีสถานภาพเป็นหม้าย และพักอาศัยอยู่ลำพังก่อนเข้าพักอาศัยใน
 สถานบริบาลแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบ
 หลอดเลือดและหัวใจเพิ่มขึ้น และพบว่ามีความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตร
 ประจำวันเพิ่มมากขึ้น โดยร้อยละ 92 มีความต้องการความช่วยเหลือในการอาบน้ำ และ ร้อยละ
 96 มีความต้องการได้รับความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร และพบว่าระดับความต้องการ
 ความช่วยเหลือเพิ่มสูงขึ้น

Han (2002) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดย
 ทำการศึกษาเปรียบเทียบในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล และผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดย
 พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่พักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดและหม้าย อาศัย
 อยู่กับบุตรหลานก่อนการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล และพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน

บริหารป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อทำการเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน
บริหารและในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริหารมีความต้องการความช่วยเหลือใน
การปฏิบัติประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

Yaffe (2002) ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลกับการเข้าพักใน
สถานบริหาร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 79 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง มีภาวะ
พึ่งพาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 1 อย่างขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมในระดับ
ปานกลางถึงระดับรุนแรง (มีคะแนน MMSE อยู่ในช่วง 15 ถึง 20 คะแนน) ร้อยละ 86 มีปัญหา
ด้านพฤติกรรมอย่างน้อย 1 อย่าง และร้อยละ 37 มีปัญหาพฤติกรรมอย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่
อาการทางจิต อาการโกรธและก้าวร้าว การทำร้ายร่างกายผู้ดูแล และรบกวนผู้ดูแลสูงขึ้น โดย
ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่อปีน้อยกว่า 10,000 ดอลลาร์ และมีบุตรสาว หรือบุตรบุญธรรมเป็น
ผู้ดูแลหลัก

Rothera (2003) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ
ในสถานบริหารพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริหารมีปัญหาทางด้านเขานับัญญา (มีคะแนน
MMSE อยู่ในช่วง 0 – 9 คะแนน) และมีภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพาในระดับสูง (มีคะแนน
Barthel เท่ากับ 0 – 4) ที่ต้องการระดับการดูแลในระดับสูง

Yap (2003) ศึกษาลักษณะของผู้ที่พักอาศัยใน Nursing Home พบว่า ร้อยละ 41 เป็น
หม้าย ร้อยละ 71 เป็นเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และปัญหาสำคัญที่เข้าพักอาศัยเกิดจาก
ภาวะสุขภาพและปัญหาทางสังคม โดยร้อยละ 46 และ 40 เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
และ โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ และร้อยละ 41 มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง รวมทั้งร้อยละ 55
มีความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่
เสื้อผ้า การขับถ่าย การเคลื่อนที่ และการรับประทานอาหาร ตามลำดับ และสาเหตุที่ผู้สูงอายุ
เข้ามาอยู่ในสถานบริหารมีสาเหตุมาจาก ร้อยละ 53 มีความต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตร
ประจำวัน ร้อยละ 49 มีความต้องการทางด้านการแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 34 ต้องการที่พัก
อาศัย ร้อยละ 32 ญาติไม่สามารถดูแลทางด้านร่างกายได้

Nishiwaki (2005) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นที่ต้องการ
การดูแลในสถานบริหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 80 – 84 ปี มี
ภาวะพึ่งพาจากภาวะสมองเสื่อม (MMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22) มีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรค
หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และภาวะสมองเสื่อม ตามลำดับ มีความต้องการความช่วยเหลือใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการอาบน้ำ และ การขึ้นลง – บันได เป็นส่วนมาก

Gwendolen (2006) ศึกษาเกี่ยวกับ เหตุผลที่ญาติย้ายผู้สูงอายุเข้าพักในสถานบริบาล พบว่า ร้อยละ 65 ต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางการดูแลร้อยละ 49 ญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 46 ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ญาติไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ร้อยละ 23 ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

Grundy (2007) ศึกษาตัวแปรที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุย้ายเข้ารับการดูแลในสถานบริการในปี ค.ศ. 1991 - 2001 ที่ศึกษาในประเทศอังกฤษ และเวลส์ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลในสถานบริบาล พบร้อยละ 32 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง และร้อยละ 20 เป็นเพศชาย โดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จากการศึกษาพบว่าในปี ค.ศ. 1991 ก่อนที่ผู้สูงอายุจะย้ายเข้ารับการดูแลในสถานบริบาลนั้น ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลานและครอบครัวมากกว่าในปี ค.ศ. 2001 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลในสถานบริการในปี ค.ศ. 2001 ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าในปี ค.ศ. 1991 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ลำพัง มีความเสี่ยงสูงที่สุดที่จะย้ายเข้าไปรับการดูแลในสถานบริการ

สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล (2540) ที่ได้ศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า พบว่าจากสภาพปัจจุบัน มีสถาบันดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ยังมีน้อย แต่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความต้องการความช่วยเหลือในระดับรุนแรงสูงมากขึ้น จาก 8,023 - 9,688 คนในปี พ.ศ. 2548 เป็น 23,966 - 26,629 คนในปี พ.ศ. 2558 โดยมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลในสถาบัน ดังนั้นสามารถคำนวณความต้องการผู้สูงอายุ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวม 41,257 - 64,798 คน โดยเป็นผู้ดูแลในสถาบัน 19,972 - 22,191 คน ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในระดับมากในสถานบริการเพิ่มมากกว่า 3 เท่าของการดูแลในระดับปานกลาง

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรม (2549) ได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่องระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุตอนปลายที่มีภาวะเปราะบางและส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลในสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้นการดูแลในสถานบริบาลเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลในครอบครัวได้ แต่ยังไม่พบการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในสถานบริบาล และในประเทศไทยยังไม่มี การรับรองมาตรฐานของสถานบริบาล รวมทั้งสวัสดิการด้านการรักษาฟรีในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมในสถานบริบาลเอกชน

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลที่คัดสรรมามีดังนี้

1) เพศ พบว่าเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงมักประสบปัญหาด้านสุขภาพค่อนข้างสูง ดังการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2530) เรื่องปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า เพศหญิงจะมีสภาวะสุขภาพอนามัยด้อยกว่าเพศชาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และภาวะพึ่งพาซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และยังพบได้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่มีความแตกต่างกันดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีภาวะสุขภาพต่างกัน รวมทั้งมีความต้องการการบริการในสถานบริการแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล เป็นเพศหญิง

2) อายุ พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เช่น พบอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ร้อยละ 1.7 ช่วงอายุ 70 - 79 ปี มีอัตราความชุกร้อยละ 2.2 ช่วงอายุ 80 - 89 ปี พบอัตราชุกร้อยละ 3.8 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกการเกิดโรคร้อยละ 12.5 ซึ่งจากอายุที่มากขึ้นมีผลต่อภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลที่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป และเกือบครึ่งคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี

3) สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2532) พบว่าประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุไทยมีสถานภาพโสด และหม้าย โดยผู้สูงอายุที่เป็นโสดหรือหม้ายนั้นต้องอยู่เพียงลำพัง มักมีปัญหาในการดำรงชีวิตที่สำคัญคือ ขาดผู้ดูแล (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Celia (2000) และ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด และเป็นหม้ายมากที่สุด สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2539 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่เป็นโสด ร้อยละ 2.2

4) สภาพความเป็นอยู่จากการลดลงของขนาดครัวเรือน การชะลอการแต่งงาน และรูปแบบงานที่เปลี่ยนจากเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรมและภาคบริการส่งผลให้แนวโน้ม

สัดส่วนผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทยปีพ.ศ. 2539 พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 3.6 – 4.3 ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 19.9 มีปัญหาในการดำรงชีวิต ปัญหาที่สำคัญคือ การไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Achintya (1997) และ Rachel (1994) พบว่า ก่อนผู้สูงอายุจะย้ายมาอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองเพียงลำพัง หรือเคยมีลูกหลานเป็นผู้ดูแล แต่ลูกหลานไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้

5) ภาวะความเจ็บป่วย จากการศึกษาดisability Adjusted Life Years (DALYs) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2543) พบว่าโรคที่เป็นปัญหาของประชากรสูงอายุในประเทศไทยคือ กลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง (2545) พบได้ว่าผู้สูงอายุไทยต้องประสบกับภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าร้อยละ 50 ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับศึกษาของ Kathleen et al (1996) และ Yap (2003) พบว่าปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานบริบาล ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาทางจิต ปัญหาทางเชาวน์ปัญญา และกระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพก

6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษานิสัยสุขภาพของผู้สูงอายุไทยของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) ปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7 – 2.1 โดยมีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 12 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวันในอัตราค่อนข้างสูง ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงความต้องการความช่วยเหลือและความต้องการการดูแลทั้งในครอบครัวและในสถานบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีความพิการในระดับรุนแรง ที่ต้องการความช่วยเหลือใน การอาบน้ำ การแต่งตัว การป้อนอาหาร และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

7) การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา ความบกพร่องทางการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาเป็นภาวะเรื้อรัง และเป็นปัญหาที่ทวีมากขึ้นตามอายุ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความบกพร่องการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ พฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อ

ทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2547) ดังเช่นการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ์ (2543) เกี่ยวกับการรายงานสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 3.3 สัดส่วนของผู้ที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเมื่อมีอายุมากขึ้น พบว่ามีถึงร้อยละ 30 ในประชากรอายุ 90 - 94 ปี และพบว่าผู้สูงอายุชุกกลุ่มนี้ต้องพึ่งพาในการดูแลการ2 □ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2546) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 74 – 87 ปี รวมทั้งการประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ โดยใช้ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล พบว่ามีระดับการพึ่งพาในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rothera (2003), Yap (2003) และ Carpenter et al. (2006) พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุในสถานบริบาลมีปัญหาทางด้านเชาวน์ปัญญา

8) ภาวะซึมเศร้า พบได้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานบริการพบได้ ร้อยละ 30 โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในสถานบริบาลได้สูงถึง ร้อยละ 25 (Katz, 1994 cited in Osterweil, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล โดยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่แรกรับร้อยละ 39 ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการทำกิจกรรมใด ๆ รวมทั้งพบได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (Sahr, 1999 cited in Ebersole & Hess, 2004)

9) ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล พบว่าปัญหาด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติและถือว่ามีปัญหาทุพพลภาพ โดยผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมากมีจำนวนประมาณร้อยละ 1.7 –2.1 ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมงและมีการพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ และการเคลื่อนย้าย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542) ดังนั้นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลจึงมีความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะในการดูแลตลอดเวลา (Rothera, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) เกี่ยวกับเหตุผลของผู้สูงอายุในการเข้าอยู่ในสถาน

บริหารพบว่าส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแล การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มีความต้องการทางการแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า ของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น โดยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในสถานบริการเพิ่มขึ้นโดยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันในระดับมากและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการจำแนกได้ดังนี้

- ก) ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ข) ต้องการการทำให้กายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพให้ร่างกายคงความสามารถให้มากที่สุด
- ค) ความต้องการทางการแพทย์และต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ
- ง) มีความต้องการจัดการเกี่ยวกับการบริหารจัดการเกี่ยวกับยาที่ได้รับ
- จ) มีความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Brown, 2001)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

เพศ
อายุ
สถานภาพสมรส
สภาพความเป็นอยู่
ภาวะความเจ็บป่วย
การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา
ภาวะซึมเศร้า
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ตัวแปรตาม

ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล แบ่งเป็น
1. ด้านการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
3. ด้านการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล
4. ด้านการจัดการเรื่องยาที่ได้รับ
5. ด้านการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาคุณลักษณะ และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ด้าน เชาวณปัญญา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปอาศัยอยู่ในสถาน บริบาลเอกชนมีทั้งหมด 17 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปอาศัยอยู่ใน สถานบริบาลเอกชนในเขตกรุงเทพและปริมณฑลอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจากสูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547) ระบุว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จาก สูตร $n = 10k + 50$ โดย n คือขนาดกลุ่มตัวอย่างและ k คือจำนวนตัวแปร ซึ่งเมื่อคำนวณจากสูตรจะได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างเท่ากับ 140 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการสำรวจ รายชื่อของสถานบริบาลเอกชนทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีการจัดบริการที่ ใกล้เคียงกันซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 17 แห่ง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากจำนวนสถานบริบาลเอกชนที่ได้มาและมีเกณฑ์การจับฉลากคือ หนึ่งในสามของทั้งหมด ซึ่งสถานบริบาลเอกชนที่ได้ คือ โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ ภัทรพิบาลเนอร์ สซึ่งโฮม นวศรีเนอร์สซึ่งโฮม ดวงใจเนอร์สซึ่งโฮม และประทีปเนอร์สซึ่งโฮม และได้สำรวจผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนดังกล่าวข้างต้นพบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 248 คน จึงนำมาคำนวณ ขนาดตัวอย่างประชากรในสถานบริบาลเอกชนแต่ละแห่งโดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานพยาบาลเอกชน

สถานพยาบาลเอกชน	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์	70	40
ภัทรพิบาลเนอร์สซิ่งโฮม	30	17
นวศรีเนอร์สซิ่งโฮม	65	37
ดวงใจเนอร์สซิ่งโฮม	60	35
ประทีปเนอร์สซิ่งโฮม	23	11
รวม	248	140

3. การสุ่มตัวอย่าง ในการสุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้

3.1 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ ภัทรพิบาลเนอร์สซิ่งโฮม นวศรีเนอร์สซิ่งโฮม ดวงใจเนอร์สซิ่งโฮมและประทีปเนอร์สซิ่งโฮม โดยบันทึกชื่อ หมายเลขเตียง และจำนวนผู้สูงอายุที่ได้

3.2 สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับฉลากแบบไม่คืนที่จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้โดยกำหนดเกณฑ์สามในสี่จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละสถานพยาบาลเอกชน จนกระทั่งครบตามจำนวน 140 คนตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา วารสาร วิทยานิพนธ์ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานพยาบาล

2. จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุม รวมทั้งปรับปรุงข้อคำถามให้ครอบคลุมตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับอายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักในสถานบริบาล เหตุผลของการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล ผู้ตัดสินใจการเข้าพักในสถานบริบาล การมองเห็น การได้ยิน ภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 17 ข้อ

โดยมีการเตรียมเครื่องมือในการประเมินภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต Stethoscopy เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด Snellen chart นาฬิกา โดยมีการตรวจร่างกายผู้สูงอายุด้วยการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ข้างต้น

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi – structured interview) จำนวน 5 ข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมในการสร้างแนวคำถามเบื้องต้นเกี่ยวกับสาเหตุที่ผู้สูงอายุเข้ามาพักในสถานบริบาล และความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 แบบประเมินย่อยดังนี้

3.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ใช้ The Barthel Index ซึ่งนำมาจาก Collin and et.al (1998) ซึ่งแปลโดย วิชาวี กิจกำแหง (2548) โดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การทำความสะอาดส่วนตัว การอาบน้ำให้ตนเอง การกินข้าว การเข้าห้องส้วม การขึ้น-ลง บันได การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถทำได้เลย ถึงสามารถทำได้เอง

ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ จะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ

1. สามารถทำได้เอง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นสามารถทำได้เองทั้งหมด
2. ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นทำได้ด้วยตนเองเกือบทั้งหมด ต้องมีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย
3. ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นทำได้เป็นส่วนใหญ่แต่ทำไม่ได้ทั้งหมดต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นบางครั้ง
4. ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นสามารถทำได้เพียงเล็กน้อยต้องมีผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่

5. ไม่สามารถทำได้เลย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่สามารถทำได้เลย ต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนตามความสามารถของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน
 ปรินบาลในการทำกิจกรรม ดังนี้

การทำความสะอาดส่วนตัว การอาบน้ำให้ตนเอง มีคะแนน 0 – 5 คะแนน คือ

ไม่สามารถทำได้เลย	มีคะแนน 0 คะแนน
ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	มีคะแนน 1 คะแนน
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	มีคะแนน 3 คะแนน
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	มีคะแนน 4 คะแนน
สามารถทำได้เอง	มีคะแนน 5 คะแนน

การรับประทานอาหาร การเข้าห้องส้วม การขึ้นบันได การแต่งตัว การควบคุมการ
 ขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มีคะแนน 0 – 10 คะแนน คือ

ไม่สามารถทำได้เลย	มีคะแนน 0 คะแนน
ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	มีคะแนน 2 คะแนน
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	มีคะแนน 5 คะแนน
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	มีคะแนน 8 คะแนน
สามารถทำได้เอง	มีคะแนน 10 คะแนน

การเดิน การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน มีคะแนน 0 – 15 คะแนน คือ

ไม่สามารถทำได้เลย	มีคะแนน 0 คะแนน
ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	มีคะแนน 3 คะแนน
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	มีคะแนน 8 คะแนน
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	มีคะแนน 12 คะแนน
สามารถทำได้เอง	มีคะแนน 15 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การแปลผลดังนี้

คะแนนรวม 0 – 24	ระดับการพึ่งพาทั้งหมด
คะแนนรวม 25 – 49	ระดับการพึ่งพามาก
คะแนนรวม 50 – 74	ระดับการพึ่งพานานกลาง
คะแนนรวม 75 – 90	ระดับการพึ่งพาน้อย
คะแนนรวม 91 – 100	ระดับการพึ่งพาน้อยที่สุด

3.2 แบบประเมินการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา ผู้วิจัยใช้ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่นิยมใช้แพร่หลาย รวมทั้งเป็นแบบที่เหมาะสมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของประชากรในประเทศไทย มีความแม่นยำ และเชื่อถือได้ อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความจำเพาะที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงใช้ได้ทั้งประชากรที่มีการศึกษา และไม่มีการศึกษา มีจำนวนทั้งหมด 11 ด้าน คือ 1) Orientation for time ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบันหรือไม่ 2) Orientation for place ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบรู้ว่าอยู่ ณ ที่ใดในขณะที่กำลังทดสอบ 3) Registration ต้องการทดสอบการบันทึกความจำ 4) Attention) / Calculation ต้องการทดสอบสมาธิของผู้ถูกทดสอบ 4) Recall ต้องการทดสอบความจำระยะสั้น 5) Naming ต้องการทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่เห็นได้อย่างถูกต้อง 6) Repetition ต้องการทดสอบว่าผู้ถูกทดสอบพูดซ้ำคำที่ได้ยินอย่างถูกต้อง 7) Verbal command ต้องการทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามสั่งได้อย่างถูกต้อง โดยให้ทำตามคำสั่ง 3 ขั้นตอน 8) Written command ต้องการทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมายและสามารถทำตามได้อย่างถูกต้อง 9) Writing ต้องการทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมายของผู้ถูกทดสอบ 10) Visuconstruction ต้องการทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างตากับมือ

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละคำถาม ถ้าตอบถูก 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดคือ 30 คะแนน โดยการแปลผลใช้เกณฑ์การให้คะแนนโดยแบ่งตามระดับการศึกษา ดังนี้

ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม

3.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale -TGDS) ซึ่งนำมาจากกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) โดยแบบวัดนี้ได้ถูกนำไปศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 – 70 ปี จำนวน 275 คน จาก 14 สถาบันทั่วทั้งประเทศไทย ได้ค่าความเที่ยงตรงรวมเท่ากับ 0.93 เป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้แพร่หลายในประเทศไทย ซึ่งแบบวัด

ความเศร้านี้เป็นการประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมี หรือไม่มีอาการ หรือความรู้สึกเหล่านั้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อคำถาม สำหรับเกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดให้ตอบ 2 คำตอบคือ ใช่ – ไม่ใช่ โดยข้อคำถามมีลักษณะเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 เป็นข้อคำถามที่บ่งชี้ว่ามีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ดังรายละเอียดของข้อคำถาม ดังนี้ 1) คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ 5) คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า 7) ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี 9) ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข 15) การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดี 19) คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก 21) คุณรู้สึกกระตือรือร้น 27) คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า 29) คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว และ 30) คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน ส่วนข้อที่เหลือ ซึ่งเป็นข้อคำถามลักษณะเชิงลบ บ่งชี้ว่ามีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน ดังรายละเอียดของข้อคำถาม ดังนี้ 2) คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ 3) คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร 4) คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ 6) คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้ 8) คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ 10) บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง 11) คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อย ๆ 12) คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน 13) บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า 14) คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น 16) คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อย ๆ 17) คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า 18) คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา 20) คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ 22) คุณรู้สึกสิ้นหวัง 23) คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ 24) คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ 25) คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ 26) คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน 28) คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังนี้

คะแนนรวม 0 – 12 คะแนน หมายถึง ปกติ

คะแนนรวม 13–15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression)

คะแนนรวม 16–20 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression)

คะแนนรวม มากกว่า 20 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression)

3.4 แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก แบบประเมิน Minimal Data Set/Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) ของ Brown (2001) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

ด้านความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 9

ด้านความต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 - 14

ด้านความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15 - 17

ด้านความต้องการการฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18 - 21

ด้านความต้องการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 22 - 26

ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	ต้องการมากที่สุด
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ต้องการมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ต้องการปานกลาง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ต้องการน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ต้องการน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมความต้องการของผู้สูงอายุโดยรวม มีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน ตัดสินระดับความต้องการเป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของความ ต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล คือ

มากที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน บริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 109.24 – 130.00 คะแนน

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน บริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 88.43 – 109.23 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน บริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 67.62 – 88.42 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน
 บริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 46.81 – 67.61 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน
 บริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 26.00 – 46.80 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลรายด้าน
 กำหนดระดับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลของด้านนั้น ๆ จากคะแนน
 เฉลี่ยแต่ละด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับเช่นกัน โดย

การตัดสินด้านความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มี
 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9 – 45 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
 สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 37.84 – 45.00 คะแนน

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
 สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 30.63 – 37.83 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัย
 ในสถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 23.42 – 30.62 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
 สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 16.21 – 23.41 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
 สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 9.00 – 16.20 คะแนน

การตัดสินด้านความต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความ
 เชี่ยวชาญ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 – 25 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
 สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 20.01 – 25.00 คะแนน

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
 สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 17.01 – 20.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัย
 ในสถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 13.01 – 17.00 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
 สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 9.01 – 13.00 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 5.00 – 9.00 คะแนน

การตัดสินใจด้านความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่
รับประทาน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 3 – 15 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 12.44 – 15.00 คะแนน

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 10.03 – 12.43 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัย
ในสถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 7.62 – 10.02 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 5.41 – 7.61 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 3.00 – 5.40 คะแนน

การตัดสินใจด้านความต้องการการฟื้นฟูสภาพ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4 – 20
คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 16.84 – 20.00 คะแนน

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 13.63 – 16.83 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัย
ในสถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 10.42 – 13.62 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 7.21 – 10.41 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 4.00 – 7.20 คะแนน

การตัดสินใจด้านความต้องการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
ประกอบด้วย มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 – 25 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 20.01 – 25.00 คะแนน

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 17.01 – 20.00 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัย
ในสถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 13.01 – 17.00 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 9.01 – 13.00 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 5.00 – 9.00 คะแนน

การตัดสินระดับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเป็นรายชื่อ โดย
พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรายชื่อ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

มากที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 4.51 – 5.00 คะแนน

มาก หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 3.51 – 4.50 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัย
ในสถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 2.51 – 3.50 คะแนน

น้อย หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 1.51 – 2.50 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง คะแนนเฉลี่ยความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลโดยรวม อยู่ระหว่าง 1.00 – 1.50 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity)

เนื่องจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Barthel Index) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T) และแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) นั้นเป็นแบบประเมินที่มีความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย รวมทั้งมีความตรงของเครื่องมือ และความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดีซึ่งนับว่ามีความน่าเชื่อถือมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมิได้นำแบบประเมินเหล่านี้เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลและแบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและขอคำแนะนำในการปรับปรุงด้านเนื้อหาและภาษา จากนั้นนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วพร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและสำนวนภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้

1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน

1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษากลับครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า content validity index เท่ากับ 0.83 รวมทั้งได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละแบบสอบถาม ดังรายละเอียด และตารางที่ 3 และ 4 ดังนี้

1) แบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลควรปรับปรุงข้อคำถามที่ 3, 4, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 26 และตัดข้อคำถามที่ 1, 18, 22 ดังนั้นข้อคำถามก่อนการตรวจสอบทั้งหมด 29 ข้อ หลังการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิเหลือข้อคำถาม 26 ข้อ

2) แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลควรมีการปรับปรุงข้อคำถามที่ 1, 2 และ 4 รวมทั้งเพิ่มโครงร่างข้อคำถามอีก 1 ข้อ

ตารางที่ 2 แบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลที่ปรับปรุง

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ได้ปรับปรุงหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 การทำความสะอาดส่วนตัว	ตัดข้อคำถามทิ้ง
ข้อที่ 3 การรับประทานอาหาร	ผู้ช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร
ข้อที่ 4 การใช้ห้องน้ำ - ห้องส้วม	ผู้ช่วยเหลือในการพาเข้าห้องน้ำ - ห้องส้วม
ข้อที่ 7 การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	ความช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระ
ข้อที่ 8 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	ความช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ
ข้อที่ 11 การได้รับการดูแลจากบุคคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ	การดูแลจากผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 (ต่อ) แบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลที่ปรับปรุง

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ได้ปรับปรุงหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 14 การมีอัตราส่วนระหว่างผู้ช่วยดูแลต่อจำนวนผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม	จำนวนผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุมีความเพียงพอ
ข้อที่ 15 ท่านต้องการได้รับการดูแลเกี่ยวกับทั้งคุณภาพ ปริมาณ และรสชาติในด้านอาหารอย่างถูกต้อง ตามที่เหมาะสมกับสภาพของท่าน	ท่านต้องการอาหารที่เพียงพอทั้งปริมาณคุณภาพ และรสชาติ
ข้อที่ 16 การได้รับการดูแลเกี่ยวกับการได้รับยาที่ถูกต้องอย่างครบถ้วน	ท่านต้องการมีผู้ดูแลจัดการเรื่องยาให้ท่าน
ข้อที่ 17 ผู้ที่ดูแลเกี่ยวกับยาที่ผู้สูงอายุรับประทานประจำอย่างถูกต้อง	ท่านได้รับการดูแลเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างถูกต้อง
ข้อที่ 18 ได้รับการปรับขนาดของยาอย่างถูกต้อง	ตัดข้อคำถามทิ้ง
ข้อที่ 19 มีการบันทึกเกี่ยวกับยาใหม่ที่ได้รับของภายในเวลา 3 เดือน พร้อมทั้งสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา	ท่านต้องการให้มีการสังเกตอาการข้างเคียงยาและบันทึกยาที่ท่านใช้ใหม่ใน 3 เดือนแรก
ข้อที่ 20 การฟื้นฟูสภาพ โดยการถ่ายภาพกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัดทุกวัน	มีนักกายภาพบำบัดมาทำการฟื้นฟูสภาพท่านทุกวัน
ข้อที่ 21 การจัดกายอุปกรณ์เสริมที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการทำกายภาพ	มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการทำกายภาพบำบัด
ข้อที่ 22 ความช่วยเหลือตามความสามารถที่ท่านมีอยู่เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสามารถของร่างกาย	ตัดข้อคำถามทิ้ง
ข้อที่ 26 การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเมื่อท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ตารางที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลที่ปรับปรุง

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ได้ปรับปรุงหลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 ท่านต้องการอะไรบ้างในการเข้าพักในสถานบริบาล	ท่านคิดว่าคนส่วนใหญ่ที่เข้าพักในสถานบริบาลต้องการอะไรและท่านต้องการอะไร
ข้อที่ 2 ท่านคิดอย่างไรกับการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล	ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับสถานที่ การบริการและประโยชน์ในการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล
ข้อที่ 4 ความคาดหวังของท่านได้รับการตอบสนองแล้วหรือไม่ อย่างไร	ความคาดหวังของท่านได้รับการตอบสนองแล้วหรือไม่
เพิ่มข้อคำถามที่ 5	ท่านคิดว่าสถานบริบาลน่าจะมีลักษณะอย่างไร

ซึ่งผู้วิจัยได้มีการปรับข้อความในข้อคำถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกันร้อยละ 80 จากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดหลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่สถานพยาบาลเดอะซีเนียร์ เพื่อจะได้ทราบถึงข้อบกพร่องของแบบประเมินทั้งหมด ทั้งในด้าน การตรงเป้าหมาย ความต่อเนื่อง ความสะดวกในการลงข้อมูล และระยะเวลาที่เหมาะสม รวมทั้งมีการเรียงลำดับชุดข้อคำถาม โดยใช้ข้อคำถามเชิงคุณภาพก่อน เพื่อป้องกันการถกถามนำจากข้อคำถามเชิงปริมาณ แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ .96 แบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเท่ากับ .99 และนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และปรับแก้อีกครั้งตามคำแนะนำแล้วจึงขออนุญาตอาจารย์ที่ปรึกษานำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 140

คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีเดิม ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ .97 แบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเท่ากับ .95 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับจริง จำแนกตามแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ขั้นทดลองใช้ (N = 30)	ฉบับใช้จริง (N = 140)
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.96	.97
แบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล	.99	.95

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการศึกษาคั้งนี้ หลังการตรวจสอบด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา ความเที่ยง การทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ได้เครื่องมือที่นำไปใช้จริง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 แบบประเมินดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T) จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล จำนวน 26 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสถานบริบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อสถานบริบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและขอความร่วมมือจากผู้ผู้อำนวยการสถานบริบาลแต่ละแห่งพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียด ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความอนุเคราะห์ด้านสถานที่

3. สํารวจและศึกษาข้อมูลพื้นฐานของประชากรผู้สูงอายุเพื่อนำมาคำนวณหากลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล

4. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานบริบาลเดชะซีเนียร์จำนวน 30 รายจำนวน 1 ครั้งโดยผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ซ้ำกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ในการวิจัยเพื่อหาความเที่ยง

5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนรวมทั้งหมด 140 ราย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริงที่สุด โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงว่า ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการเปิดเผย ชื่อ นามสกุล ที่แท้จริง และหากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทุกชุดภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล

7. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจาก ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดย เมื่อผู้วิจัยพบผู้สูงอายุครั้งแรก แนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมชี้แจงให้ทราบสิทธิในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้สูงอายุ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ โดยระหว่างการตอบคำถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการกระทำดังกล่าวไม่มีผลใด ๆ ต่อกกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยแยกเป็นดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาล แหล่งที่มาของรายได้ สภาพความเป็นอยู่ ผู้ดูแลใกล้ชิด เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล ผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล การตรวจสายตา การได้ยิน ภาวะความเจ็บป่วย ยาที่ได้รับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนอายุ จำนวนบุตร ภาวะโภชนาการ การหายใจ ความดันโลหิต วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา การประเมินภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

1.3 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเซาว์นปัญญาและภาวะซึมเศร้าโดยใช้ t - test สำหรับตัวแปรสองกลุ่ม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ในตัวแปรมากกว่าสองกลุ่ม และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และถ้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะใช้การทดสอบความแตกต่างของ mean เป็นรายคู่โดยวิธี Dunnett's T3

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview schedule) ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) หลังการสัมภาษณ์ทันที โดยการถอดเทปคำต่อคำแล้วอ่านข้อมูลหรือคำบรรยายทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทบทวนข้อมูลทั้งหมดที่ได้ และแยกประโยคสำคัญออกมา (extracting significant statements) พยายามทำความเข้าใจในความหมายของแต่ละประโยคสำคัญนั้น ๆ แล้วนำมาจัดกลุ่มความหมายที่ได้แยกออกมาเป็นประเด็น ๆ จนข้อมูลอิ่มตัว คือไม่พบประเด็นสำคัญเพิ่มเติมจึงหยุดการสัมภาษณ์และเขียนคำบรรยายโดยละเอียด

นำข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์แบบผสมผสาน (Methodological triangulation) เพื่อให้ข้อคำถามได้คำตอบที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาช่วยอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณและอภิปรายผล

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจากกลุ่มตัวอย่าง 140 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน แสดงในตารางที่ 5 – 10

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน แสดงในตารางที่ 11 – 22

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน แสดงในตารางที่ 23 - 37

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลด้านเพศ สถานภาพสมรส อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาล แหล่งที่มาของรายได้ สภาพความเป็นอยู่ ผู้ดูแล เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล ผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล การตรวจสายตา การได้ยิน ภาวะความเจ็บป่วย และยาที่ได้รับ โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ข้อมูลด้าน อายุ จำนวนบุตร ภาวะโภชนาการ การหายใจ ความดันโลหิต วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเหล่านี้นำเสนอในรูปแบบตารางที่ 5 - 10 พร้อมอธิบายความเรียงดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ จำนวนบุตร สถานภาพสมรส อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาลเอกชน (n=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	Range	\bar{X}	SD
เพศ				
ชาย	61 (43.6)			
หญิง	79 (56.4)			
อายุ		61-96	77.51	8.6
60 – 74 ปี	54 (38.6)			
75 – 84 ปี	48 (34.3)			
85 ปีหรือมากกว่า	38 (27.1)			
สถานภาพสมรส				
โสด	28 (20.0)			
สมรส				
- อยู่ด้วยกัน	40 (28.6)			
- แยกกันอยู่	3 (2.1)			
หม้าย				
- หย่าร้าง	1 (0.7)			
- คู่สมรสเสียชีวิต	68 (48.6)			
- ชาย	19 (13.6)			
- หญิง	39 (35.0)			
จำนวนบุตร		1-9	3.21	1.99
ไม่มีบุตร	11 (7.9)			
1-2 คน	32 (22.9)			
3-4 คน	33 (23.5)			
5 คนขึ้นไป	34 (24.2)			

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้าน อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาลเอกชน แหล่งที่มาของรายได้ และสภาพความเป็นอยู่ (n=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)
อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาล	
เกษตรกรรม	3 (2.1)
รับจ้าง	24 (17.1)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	43 (30.7)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	22 (15.7)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	48 (34.3)
แหล่งที่มาของรายได้	
เงินเก็บสะสม	68 (48.6)
เงินบำเหน็จ/บำนาญ	22 (15.7)
คู่สมรส บุตร ญาติ	50 (35.7)
สภาพความเป็นอยู่	
อยู่คนเดียว	27 (19.3)
อยู่กับคู่สมรส	37 (26.4)
อยู่กับบุตร หลาน ญาติ	73 (52.1)
อยู่สถานบริบาลอื่น	3 (2.1)

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้าน ผู้ดูแล เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาลเอกชน และผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาลเอกชน (n=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)
ผู้ดูแล	
ไม่มีผู้ดูแล	39 (27.9)
คู่สมรส	37 (26.4)
บุตร หลาน ญาติ	58 (41.4)
พนักงานจากศูนย์บริบาล	6 (4.3)
เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล	
ไม่มีผู้ดูแล	67 (47.9)
ญาติไม่สามารถให้การดูแลได้/ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะอื่น ๆ (ต้องการมาอยู่กับสามี)	71 (50.7)
2 (1.4)	
ผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล	
ตัดสินใจเอง	13 (9.3)
บุตร หลาน ญาติ	117 (83.6)
คู่สมรส	10 (7.1)

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานพยาบาลเอกชน จำแนกตามข้อมูล
ภาวะสุขภาพด้าน การตรวจตา การได้ยิน ภาวะโภชนาการ และความดันโลหิต
(n=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)
การตรวจสายตา	
สายตาปกติ	61 (43.6)
สายตายาว	39 (27.9)
สายตาสั้น	6 (4.3)
ไม่สามารถประเมินได้	34 (24.3)
การได้ยิน	
ได้ยินเสียงพูดคุยปกติ	91 (65.0)
ต้องตะโกนพูดจึงได้ยิน	15 (11.7)
ไม่สามารถประเมินได้	34 (24.3)
ภาวะโภชนาการ	
ปกติ (BMI มีค่า 18.5 – 24.9)	106 (75.7)
ผอม (BMI มีค่าน้อยกว่า 18.5)	8 (5.7)
อ้วน (BMI มีค่า มากกว่า 24.9)	26 (18.6)
ความดันโลหิต	
ปกติ (ตั้งแต่ 140/90 ม.ม. ปรอทลงมา)	113 (80.7)
สูง(มากกว่า 140/90 ม.ม.ปรอท)	27 (19.3)

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน
 บริบาลเอกชน จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพด้าน การหายใจ ยาที่ได้รับ จำนวนยาที่
 ได้รับ และจำนวนโรค (n=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน) (ร้อยละ)	\bar{X}	SD
การหายใจ		20	2.5
ปกติ (18 -24 ครั้งต่อนาที)	125 (89.3)		
ช้า (น้อยกว่า 18 ครั้งต่อนาที)	14 (10.0)		
เร็ว (มากกว่า 24 ครั้งต่อนาที)	1 (0.7)		
ยาที่ได้รับ			
ไม่รับประทานยา	5 (3.6)		
รับประทานยาตามแพทย์สั่ง	134 (95.7)		
รับประทานยาที่ญาติซื้อมาให้	1 (0.7)		
จำนวนยาที่ได้รับ		3.07	0.81
1-2 ชนิด	6 (4.3)		
3-4 ชนิด	24 (17.1)		
5-6 ชนิด	64 (45.7)		
ตั้งแต่ 7 ชนิดขึ้นไป	46 (32.9)		
จำนวนโรค		1.99	0.85
1 – 2 โรค	104 (74.3)		
3 – 4 โรค	29 (20.7)		
5 โรคขึ้นไป	7 (5.0)		

ตารางที่ 10 จำนวนและค่าร้อยละ ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตาม ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วย (n = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ภาวะความเจ็บป่วย		
โรคความดันโลหิตสูง	76	54.3
โรคหลอดเลือดสมอง	67	47.9
โรคเบาหวาน	38	27.1
โรคหัวใจ หลอดเลือด	24	17.1
โรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ	24	17.1
โรคพาร์กินสัน	18	12.9
ภาวะสมองเสื่อม	12	8.6
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ/โรคไต	10	7.1
โรคทางตา การมองเห็น	4	2.9
โรคระบบทางเดินหายใจ	2	2.1
โรคมะเร็ง/เนื้อร้ายอื่น ๆ	2	1.4
โรคทางระบบประสาท โรคจิตเวช	1	0.7
แผลเรื้อรัง	1	0.7
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	1	0.7

จากตารางที่ 5 – 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ศึกษา จำนวน 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 77.51 ปี สถานภาพสมรสหม้ายซึ่งคู่สมรสเสียชีวิต จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 ส่วนใหญ่เป็นหญิงหม้าย จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 โดยมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 3.21 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากเงินเก็บสะสม จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 โดยอาศัยอยู่กับบุตร หลาน และญาติ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร หลาน และญาติ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 ซึ่งเหตุผลและการ

ตัดสินใจเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล เนื่องจากญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 และไม่มีผู้ดูแล จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 ตามลำดับ รวมทั้งมีความต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 และต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 ตามลำดับ โดยมีบุตร หลาน และญาติ เป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 83.6

ส่วนข้อมูลด้านภาวะความเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่มีสายตาสายตาปกติ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือสายตาสาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 การได้ยินปกติ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาต้องตะโกนจึงได้ยิน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 106 คน รองลงมาคืออ้วน คิดเป็นร้อยละ 75.1 และ 18.6 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติ (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท) จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 80.7 และมีความดันโลหิตสูง (มากกว่า 140/90 มม.ปรอท) จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3 และมีการหายใจปกติ (18 -24 ครั้งต่อนาที) จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3 รองลงมามีอัตราการหายใจน้อยกว่า 18 ครั้งต่อนาที จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องได้รับยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7 โดยมีจำนวนยาที่ได้รับตั้งแต่ 4 - 6 ชนิด และ 6 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.7 และ 32.9 ตามลำดับ โดยมีจำนวนยาที่ต้องได้รับเฉลี่ย 3.07 ชนิด และส่วนใหญ่มียาความเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 - 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 74.3 โดยภาวะความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและข้อ และภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 54.3, 49.7, 27.1, 17.1, 17.1 และ 8.6 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเขาวงกตปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในสถานบริบาลเอกชน

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในสถานบริบาลเอกชน (N = 140)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวนชั่วโมงที่ต้องการการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0 – 24 คะแนน)	27.0	63	46.4
พึ่งพาผู้อื่นมาก (25 – 49 คะแนน)	23.5	28	20.0
พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง (50 – 74 คะแนน)	20.0	17	12.1
พึ่งพาผู้อื่นน้อย (75 – 90 คะแนน)	13.0	17	12.1
พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (91 – 100 คะแนน)	>10.0	13	9.3

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มากที่สุด จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมา คือ พึ่งพาผู้อื่นมาก จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง และ พึ่งพาผู้อื่นน้อย มีจำนวนเท่ากัน คือ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 12.1 ส่วนพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่
พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ (n=140)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
การทำความสะอาดส่วนตัว		
ไม่สามารถทำได้เลย	53	37.9
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	17	12.1
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	30	21.4
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	21	15.0
สามารถทำได้เอง	19	13.6
การอาบน้ำให้ตนเอง		
ไม่สามารถทำได้เลย	54	38.6
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	20	14.3
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	28	20.0
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	14	10.0
สามารถทำได้เอง	24	17.1
การกินอาหาร		
ไม่สามารถทำได้เลย	49	35.0
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	5	3.6
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	33	23.6
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	27	19.3
สามารถทำได้เอง	26	18.6

ตารางที่ 12 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าห้องส้วม		
ไม่สามารถทำได้เลย	60	42.9
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	23	16.4
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	23	16.4
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	18	12.9
สามารถทำตัวเอง	16	11.4
การขึ้นบันได		
ไม่สามารถทำได้เลย	76	54.3
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	32	22.9
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	14	10.0
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	11	7.9
สามารถทำตัวเอง	7	5.0
การแต่งตัว		
ไม่สามารถทำได้เลย	49	35.0
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	18	12.9
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	27	19.3
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	20	14.3
สามารถทำตัวเอง	26	18.6
การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ		
ไม่สามารถทำได้เลย	51	36.4
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	17	12.1
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	32	22.9
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	20	14.3
สามารถทำตัวเอง	20	14.3

ตารางที่ 12 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ		
ไม่สามารถทำได้เลย	57	40.7
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	18	12.9
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	27	19.3
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	18	12.9
สามารถทำได้เอง	20	14.3
การเดิน		
ไม่สามารถทำได้เลย	57	40.7
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	29	20.7
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	23	16.4
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	18	12.9
สามารถทำได้เอง	13	9.3
การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน		
ไม่สามารถทำได้เลย	61	43.6
ต้องมีผู้ช่วยเหลือมาก	25	17.9
มีผู้ช่วยเหลือปานกลาง	14	10.0
มีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย	18	12.9
สามารถทำได้เอง	22	15.7

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในทุกๆรายชื่อ คือ การขึ้นบันได การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน การเข้าห้องส้วม การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน การอาบน้ำให้ตนเอง การทำความสะอาดส่วนตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การกินอาหาร การแต่งตัว คิดเป็นร้อยละ

ละ 35.0 จำนวน 76, 61, 60, 57, 57, 54, 53, 51, 49 และ 49 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3, 43.6, 42.9, 40.7, 40.7, 38.6, 37.9, 36.4, 35.0 และ 35.0 ตามลำดับ

2.2 ผลการวิเคราะห์ระดับเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับเชาวน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน (N = 140)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับเชาวน์ปัญญา			22.20	5.16
ปกติ	102	72.9		
มีภาวะสมองเสื่อม	3	2.1		
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0		

จากตารางที่ 13 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญาปกติ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 และไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ไม่สามารถสื่อสารและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเซวาน์ปัญญาของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

การรับรู้ด้านเซวาน์ปัญญา	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{X}	SD
Orientation for time (5 คะแนน)			0 - 5	4.16	1.42
0 คะแนน	6	4.3			
1 คะแนน	2	1.4			
2 คะแนน	5	3.6			
3 คะแนน	10	7.1			
4 คะแนน	15	10.7			
5 คะแนน	67	47.9			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			
Orientation for place (5 คะแนน)			0 - 5	3.84	1.01
0 คะแนน	2	1.4			
1 คะแนน	2	1.4			
2 คะแนน	3	2.1			
3 คะแนน	28	20.0			
4 คะแนน	39	27.9			
5 คะแนน	51	22.1			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			
Registration (3 คะแนน)			0 - 3	2.88	0.41
0 คะแนน	1	0.7			
2 คะแนน	10	7.1			
3 คะแนน	94	67.1			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			

ตารางที่ 14 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเซวอน์
 ปัญญาของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ (n=140)

การรับรู้ด้านเซวอน์ปัญญา	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{X}	SD
Attention/Calculation (5 คะแนน)			0 – 5	3.96	2.03
0 คะแนน	14	10.0			
3 คะแนน	2	1.4			
5 คะแนน	55	39.3			
ไม่ต้องประเมิน	34	24.3			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			
Recall (3 คะแนน)			0 – 3	2.06	1.02
0 คะแนน	12	8.6			
1 คะแนน	15	10.7			
2 คะแนน	33	23.6			
3 คะแนน	45	32.1			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			
Naming (2 คะแนน)			2 – 3	2.01	0.09
0 คะแนน	1	0.7			
2 คะแนน	104	74.7			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			
Repetition (1 คะแนน)			0 – 1	0.72	0.45
0 คะแนน	29	20.7			
1 คะแนน	76	54.3			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			

ตารางที่ 14 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับเซาวันปัญญา ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

การรับรู้ด้านเซาวันปัญญา	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{X}	SD
Verbal command (3 คะแนน)			0 – 3	2.50	0.94
0 คะแนน	8	5.7			
1 คะแนน	9	6.7			
2 คะแนน	11	7.9			
3 คะแนน	77	55.0			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			
Written command (1 คะแนน)			0 – 1	0.97	0.17
0 คะแนน	2	1.4			
1 คะแนน	69	49.3			
ไม่ต้องประเมิน	34	24.3			
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0			
Writing (1 คะแนน)			0 – 1	0.55	0.50
0 คะแนน	29	20.7			
1 คะแนน	35	25.0			
ไม่ต้องประเมิน	34	24.3			
ไม่สามารถประเมินได้	42	30.0			
Visuoconstruction (1 คะแนน)			0 – 1	0.45	0.50
0 คะแนน	52	37.1			
1 คะแนน	43	30.7			
ไม่สามารถประเมินได้	45	32.1			

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนเมื่อมีการทดสอบการรับรู้ด้านเขาวงกตปัญหาแต่ละด้าน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ผ่านการทดสอบในด้านการแสดงความสัมพันธ์การทำงานระหว่างตากับมือในการวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง (visuoconstruction) ของผู้สูงอายุ จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถใช้มือในการจับปากกาหรือดินสอในการวาดภาพได้ เพราะมีปัญหาอ่อนแรงในมือด้านนั้น รองลงมาไม่สามารถผ่านการทดสอบด้านที่มีจำนวนเท่ากัน คือการพูดซ้ำคำที่ได้ยินอย่างถูกต้อง (repetition) และการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (writing) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถใช้มือในการเขียนได้ เพราะมีปัญหาอ่อนแรง ไม่สามารถจับปากกาหรือ ดินสอได้ ทำให้ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ รวมทั้งเป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนไม่ผ่านการทดสอบด้านความสนใจ/การคำนวณ (attention/calculation) มีจำนวน 14 คิดเป็นร้อยละ 10.0 และ ไม่ผ่านการทดสอบด้านความจำระยะสั้น จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 ส่วนด้านที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ดี คือ การบอกชื่อที่เห็นอย่างถูกต้อง (naming) จำนวน 104 คิดเป็นร้อยละ 74 และไม่สามารถประเมินได้ ร้อยละ 32.1 เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง สื่อสารไม่ได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2.3 ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

(N = 140)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	94	67.1
ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	5	3.6
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง	4	2.9
ภาวะซึมเศร้ารุนแรง	2	1.4
ไม่สามารถประเมินได้	35	25.0

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน เมื่อพิจารณา ระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง จำนวน 5, 4 และ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6, 2.9 และ 1.4 ตามลำดับ และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประเมินระดับภาวะซึมเศร้าได้ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ไม่สามารถสื่อสาร และช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ **	90 (64.3)	15 (10.7)
2. คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	24 (17.1)	81 (57.9)
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	24 (17.1)	81 (57.9)
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	18 (12.9)	87 (62.1)
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า**	81 (57.9)	24 (17.1)
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้	8 (5.7)	97 (69.3)
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี**	98 (70.0)	7 (5.0)
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ	30 (21.4)	75 (53.6)
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข**	95 (67.9)	10 (7.1)
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	9 (6.4)	96 (68.6)
11. คุณรู้สึกกระวนกระวายกระสับกระส่ายบ่อยๆ	6 (4.3)	99 (70.7)
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	51 (36.4)	54 (38.6)
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	15 (10.7)	89 (63.6)
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	29 (20.7)	76 (54.3)
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดี**	94 (67.1)	11 (7.9)
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ	6 (4.3)	99 (70.7)

ตารางที่ 16 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล
เอกชน จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
17. คุณรู้สึกว่าคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า	10 (7.1)	95 (67.9)
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา	18 (12.9)	87 (62.1)
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก**	50 (35.7)	55 (39.3)
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ	48 (34.3)	57 (40.7)
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น**	46 (32.9)	59 (42.1)
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง	7 (5.0)	98 (70.0)
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ	23 (16.4)	82 (58.6)
24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ	5 (3.6)	100 (71.4)
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ	4 (2.9)	101 (72.1)
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน	16 (11.4)	89 (63.6)
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า**	101(72.1)	4 (2.9)
28. คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น	12 (8.6)	93 (66.4)
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว**	50 (35.7)	55 (39.3)
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน**	88 (62.9)	17 (12.1)

** ข้อคำถามลักษณะเชิงบวก

จากตารางที่ 16 พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่
บ่งชี้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ในข้อคำถามลักษณะเชิงบวก คือ คุณรู้สึกกระตือรือร้น จำนวน 59 คน
คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมา มีจำนวนเท่ากันในข้อคุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก และ
คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 ส่วนข้อคำถามลักษณะเชิงลบ คือ คุณ
ชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมา คือ คุณ
รู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 และคุณรู้สึกกลัวว่าจะมี
เรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4

2.4 ผลการวิเคราะห์ระดับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายด้าน (N = 105)

ความต้องการ	\bar{X}	SD	ระดับ
การดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน	11.56	2.35	มาก
การฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย	15.09	2.78	มาก
การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ	19.05	3.35	มาก
การดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	19.15	3.70	มาก
ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	26.72	8.49	ปานกลาง
โดยรวม	91.57	17.65	มาก

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน มีความต้องการการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 91.57$, $SD = 17.56$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลในระดับมาก ดังนี้ ด้านการดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน ($\bar{X} = 11.56$, $SD = 2.35$) มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ด้านการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 19.15$, $SD = 3.70$) มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ด้านการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ($\bar{X} = 19.05$, $SD = 3.35$) มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\bar{X} = 15.09$, $SD = 2.78$) มีความต้องการอยู่ในระดับมาก และด้านความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{X} = 26.72$, $SD = 8.49$) มีความต้องการในระดับปานกลาง

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการด้านการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ (N = 105)

ด้านความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					\bar{X}	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1. การเข้าห้องน้ำ – ห้องส้วม	6.4	14.3	19.3	25.0	10.0	3.24	1.16	ปานกลาง
2. การเดิน	10.0	15.0	14.3	22.1	13.6	3.19	1.32	ปานกลาง
3. ความช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระ	7.1	13.6	21.4	23.6	9.3	3.19	1.16	ปานกลาง
4. ความช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ	7.1	14.3	22.1	20.7	10.7	3.18	1.18	ปานกลาง
5. การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน	10.0	17.1	14.3	20.7	12.9	3.12	1.32	ปานกลาง
6. การทำความสะอาดร่างกาย	9.3	14.3	20.7	19.3	11.4	3.12	1.24	ปานกลาง
7. การรับประทานอาหาร	7.1	25.0	25.7	7.9	9.3	2.83	1.14	ปานกลาง
8. การแต่งตัว	15.0	18.6	22.9	11.4	7.1	2.69	1.23	ปานกลาง
9. การเดินขึ้น – ลงบันได	30.0	23.6	7.9	7.9	5.7	2.14	1.27	น้อย
โดยรวม						26.72	8.49	ปานกลาง

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน มีความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.72$, $SD = 8.49$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า มีความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องการทำความสะดวกร่างกาย การเข้าห้องน้ำ – ห้องส้วม ความช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระ ความช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน อยู่ระดับปานกลาง

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านการแพทย์และพยาบาลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายชื่อ (n=105)

ด้านความต้องการ	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					\bar{X}	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1. การดูแลความปลอดภัย	.7	1.4	21.4	28.6	22.9	3.95	.87	มาก
2. การบรรเทาอาการเจ็บปวด	.7	2.9	24.3	27.9	19.3	3.83	.89	มาก
3. การได้รับการดูแลเกี่ยวกับอาหารที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณคุณภาพและรสชาติ	.7	1.4	27.1	28.6	17.1	3.80	.85	มาก
4. การได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ	1.4	2.9	22.9	31.4	16.4	3.78	.89	มาก
5. จำนวนบุคคลากรทางสุขภาพต่อผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ	0	0	33.6	30.0	11.4	3.70	.72	มาก
โดยรวม						19.05	3.35	มาก

จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน มีความต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 19.05$, $SD = 3.35$) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า มีความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลความปลอดภัย ($\bar{X} = 3.95$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความเพียงพอของจำนวนบุคลากรทางสุขภาพต่อผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 3.70$)

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทานของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ (n=105)

ความต้องการการจัดการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					\bar{X}	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1. การได้รับการดูแลเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างถูกต้องทั้งชนิด ปริมาณ และเวลา	.7	2.1	17.1	35.7	19.3	3.94	.83	มาก
2. มีผู้ดูแลจัดการเรื่องยา	.7	2.1	19.3	35.7	17.1	3.89	.82	มาก
3. การได้รับการสังเกตอาการข้างเคียงของยาและบันทึกเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับใหม่ใน 3 เดือนแรก	1.4	14.0	25.7	33.6	12.9	3.73	.84	มาก
โดยรวม						11.56	2.35	มาก

จากตารางที่ 20 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน มีความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 11.56$, $SD = 2.35$) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า มีความต้องการในระดับมาก โดยข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้รับการดูแลเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างถูกต้องทั้งชนิด ปริมาณ และเวลา ($\bar{X}=3.94$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับการสังเกตอาการข้างเคียงของยา และบันทึกเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับใหม่ใน 3 เดือนแรก ($\bar{X}=3.73$)

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อการดำรงสภาพของร่างกายของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายข้อ (n=105)

ความต้องการการฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					\bar{X}	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1. มีนักกายภาพบำบัดมาทำการฟื้นฟูสภาพท่านทุกวัน	.7	4.3	13.6	27.9	28.6	4.06	.94	มาก
2. การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพของร่างกายทุกวัน	.7	1.4	15.7	39.3	17.9	3.96	.78	มาก
3. การได้ลุกออกจากเตียงทุกวัน ไม่ต้องนอนบนเตียงตลอดทั้งวัน	0	2.1	20.0	32.9	20.0	3.94	.81	มาก
4. มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการทำกายภาพบำบัด	2.1	20.0	32.1	11.4	9.3	3.08	1.02	ปานกลาง
โดยรวม						15.09	2.78	มาก

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนมีความต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=15.09$, SD= 2.78) เมื่อพิจารณา

ตามรายชื่อ พบว่า มีความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีนักกายภาพบำบัดมาทำการฟื้นฟูสภาพท่านทุกวัน (\bar{X} =4.06) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการทำกายภาพบำบัด (\bar{X} =3.08)

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการด้านความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามรายชื่อ (N = 105)

ความต้องการการดูแลความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	ระดับความต้องการ (ร้อยละ)					\bar{X}	SD	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด			
1. การดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม	.7	2.1	14.3	27.1	30.7	4.13	.89	มาก
2. การป้องกันความพิการและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น	.7	1.4	14.3	33.6	25.0	4.08	.83	มาก
3. การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	.7	.7	21.4	36.4	15.7	3.88	.78	มาก
4. การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเมื่อมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	1.4	2.9	20.0	32.9	17.9	3.84	.90	มาก
5. การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	7.9	16.4	19.3	13.6	17.9	3.23	1.32	ปานกลาง
โดยรวม						19.15	3.70	มาก

จากตารางที่ 22 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน มีความต้องการการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=19.15$, $SD= 3.70$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ยกเว้น การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{X}=4.13$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X}=3.23$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	จำนวน	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	df	t	p-value
เพศ				103	.48	.29
ชาย	45	92.49	15.64			
หญิง	60	90.80	19.11			

จากตารางที่ 23 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนทั้งเพศชายและเพศหญิง มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยเพศชายมีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 92.49 คะแนน และเพศหญิงเท่ากับ 90.80 คะแนน

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับคะแนนความต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า เพศที่แตกต่างกันมีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในสถานบริบาลเอกชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	Min	Max
60 - 69 ปี	43	93.81	18.48	57	130
70 - 84 ปี	33	90.82	19.71	32	126
85 ปีขึ้นไป	29	88.93	13.60	56	115
รวม	105	91.52	17.65	32	130

จากตารางที่ 24 ผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 93.81 คะแนน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 – 84 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (85 ปีขึ้นไป) มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 90.82 คะแนน และ 88.93 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	SS	df	MS	F	p-value
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	436.91	2	218.45	.697	.50
ภายในกลุ่ม	31947.28	102	313.21		
รวม	32384.19	104			

จากตารางที่ 25 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับคะแนนความต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า กลุ่มอายุที่แตกต่างกันมีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในสถานบริบาลเอกชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน (คน)	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	Min	Max
โสด	25	95.68	16.99	63	130
สมรส	29	93.21	19.36	32	130
หม้าย	51	88.53	16.72	56	126
รวม	105	91.52	17.65	32	130

จากตารางที่ 26 ผู้สูงอายุที่เป็นโสด มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 95.68 คะแนน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่สมรส และผู้สูงอายุหม้าย มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 93.21 คะแนน และ 88.53 คะแนนตามลำดับ

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานภาพสมรสกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	SS	df	MS	F	p-value
สถานภาพสมรส					
ระหว่างกลุ่ม	988.14	3	329.38	1.060	.37
ภายในกลุ่ม	31396.05	101	310.85		
รวม	32384.19	104			

จากตารางที่ 27 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสถานภาพสมรสกับคะแนนความต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในสถานบริบาลเอกชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

สภาพความเป็นอยู่	จำนวน (คน)	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	Min	Max
อยู่คนเดียว	23	91.30	16.78	63	130
อยู่กับคู่สมรส	27	86.89	17.52	32	130
อยู่กับบุตร หลาน ญาติ	53	93.11	17.52	56	126
อยู่สถานบริบาลอื่น	2	114.50	21.92	99	130
รวม	105	91.52	17.65	32	130

จากตารางที่ 28 ผู้สูงอายุที่อยู่สถานบริบาลอื่นมาก่อน มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 114.50 คะแนน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร หลาน ญาติมาก่อน มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 93.11 คะแนน และอยู่กับคู่สมรส มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 86.89 คะแนน

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพความเป็นอยู่กับความ ต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	SS	df	MS	F	p-value
สภาพความเป็นอยู่					
ระหว่างกลุ่ม	1770.83	3	590.28	1.947	.13
ภายในกลุ่ม	30613.36	101	303.10		
รวม	32384.19	104			

จากตารางที่ 29 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพความเป็นอยู่กับคะแนนความต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า สภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันมีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในสถานบริบาลเอกชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 30 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามภาวะความเจ็บป่วย

ภาวะความเจ็บป่วย	จำนวน (คน)	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	Min	Max
1 โรค	32	94.75	19.46	57	130
2 โรค	44	90.73	12.37	61	126
3 โรค	24	89.29	24.06	32	127
4 โรคขึ้นไป	5	88.60	7.67	77	95
รวม	105	91.52	17.65	32	130

จากตารางที่ 30 ผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรค มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 94.75 คะแนน รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 2 โรค, 3 โรค และ 4 โรคขึ้นไป มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 90.73 คะแนน, 89.29 คะแนน และ 88.60 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างภาวะความเจ็บป่วยกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	SS	df	MS	F	p-value
ภาวะความเจ็บป่วย					
ระหว่างกลุ่ม	523.31	3	174.44	.553	.65
ภายในกลุ่ม	31860.89	101	315.45		
รวม	32384.19	104			

จากตารางที่ 31 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างภาวะความเจ็บป่วยกับคะแนนความต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ภาวะความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันมีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในสถานบริบาลเอกชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 32 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามระดับเชาวน์ปัญญา

ระดับเชาวน์ปัญญา	จำนวน (คน)	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	Min	Max
ปกติ	102	91.36	17.61	32	130
ภาวะสมองเสื่อม	2	84.50	6.36	80	89
ไม่สามารถประเมินได้	1	122.00		122	122
รวม	105	91.52	17.65	32	130

จากตารางที่ 32 ผู้สูงอายุที่มีระดับเชาวน์ปัญญาปกติ มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 91.36 คะแนน และมีภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 84.50 คะแนน

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับเชาวน์ปัญญากับความ ต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความ ต้องการ	จำนวน	คะแนนความ ต้องการเฉลี่ย	SD	df	t	p-value
ระดับเชาวน์ปัญญา				102	.59	.31
ปกติ	102	91.36	17.61			
มีภาวะสมองเสื่อม	2	84.50	6.36			

จากตารางที่ 33 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับเชาวน์ปัญญากับคะแนนความ ต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ระดับเชาวน์ปัญญาที่แตกต่างกันมีคะแนนความต้องการเฉลี่ย ในสถานบริบาลเอกชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 34 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	Min	Max
ปกติ	94	91.78	17.66	32	130
เล็กน้อย	5	85.60	19.86	80	89
ปานกลาง	4	91.25	6.24	85	98
รุนแรง	1	68.00		68	68
ไม่สามารถประเมินได้	1	122.00		122	122
รวม	105	91.52	17.65	32	130

จากตารางที่ 34 ผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะซึมเศร้าปกติ และระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 91.78 คะแนน และ 91.25 คะแนน รองลงมาคือ ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 85.60 คะแนน และระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีคะแนนความต้องการเฉลี่ย เท่ากับ 68.00 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 35 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับความ ต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	SS	df	MS	F	p-value
ระดับภาวะซึมเศร้า					
ระหว่างกลุ่ม	1663.93	4	415.98	1.354	.26
ภายในกลุ่ม	30720.26	100	307.20		
รวม	32384.19	104			

จากตารางที่ 35 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับภาวะซึมเศร้ากับคะแนนความต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ระดับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันมีคะแนนความต้องการเฉลี่ยในสถานบริบาลเอกชน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 36 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการรวมเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (คน)	คะแนนความต้องการเฉลี่ย	SD	Min	Max
พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	29	105.45	14.80	80	130
พึ่งพาผู้อื่นมาก	30	96.57	11.08	76	127
พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง	17	89.00	7.43	76	104
พึ่งพาผู้อื่นน้อย	14	81.64	10.57	67	96
พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด	15	66.60	15.07	32	95
รวม	105	91.52	17.65	32	130

จากตารางที่ 36 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนที่มีระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 105.45 คะแนน รองลงมาคือพึ่งพาผู้อื่นมาก มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 96.57 คะแนน และพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง พึ่งพาผู้อื่นน้อย พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 89.00 คะแนน, 81.64 คะแนน และ 66.60 คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 37 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

คะแนนเฉลี่ยความต้องการ	SS	df	MS	F	p-value
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ระหว่างกลุ่ม	17178.83	4	4294.71	28.25	.00
ภายในกลุ่ม	15205.35	100	152.05		
รวม	32384.19	104			

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 37 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันมีความต้องการในสถานบริบาลเอกชนแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธี Dunnett's T3 พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากและผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลางไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหมด พึ่งพาผู้อื่นในระดับน้อย และสามารถช่วยตนเองได้ มีความต้องการการดูแลแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน

ข้อมูลในส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งในประเด็นคำถามหลักเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล โดยผู้วิจัยได้เริ่มข้อคำถามตามข้อคำถามที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้สูงอายุได้เล่าความต้องการของตนเอง มีการบันทึกเทประหว่างการให้สัมภาษณ์ และถอดเทปแบบคำต่อคำ หลังการสัมภาษณ์ทันทีจนได้ข้อมูลที่อึดอัดคือไม่พบประเด็นสำคัญเพิ่มขึ้นจึงหยุดการสัมภาษณ์ที่จำนวน 20 ราย

จากการสัมภาษณ์ในคำถามที่ว่า “ท่านคิดว่าคนส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาลต้องการอะไร และตัวท่านเองมีความต้องการอะไร” พบว่าผู้สูงอายุมีประเด็นความต้องการในการพักอาศัยในสถานบริบาล ดังนี้

3.1 ต้องการการดูแลเกี่ยวกับยาที่ต้องได้รับ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกือบ 3 ใน 4 (n=15) มีความต้องการให้มีผู้ดูแลเกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ เนื่องจากว่ามียาที่ต้องได้รับประทานเป็นประจำมีจำนวนมากทั้งยา รักษาโรคเบาหวาน ยาลดความดัน และยาตัวอื่น ๆ บางครั้งได้รับยาไม่ครบตามจำนวน เนื่องจากลืมรับประทานบ้าง มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ รวมทั้งเมื่อรับประทานยาแล้วมักมีอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เป็นต้น ทำให้รู้สึกเกรงว่าอาจมีอันตรายจากยาที่ได้รับแล้วจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ บางรายมียาที่ต้องฉีดได้ผิวหนังเป็นประจำทุกวัน เช่น ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ไม่สามารถฉีดยาได้เอง หรือมองไม่เห็นปริมาณยาที่ควรได้รับที่ชัดเจน เนื่องจากมีปัญหาทางสายตา ดังนั้นจึง

ต้องการให้มีพยาบาลคอยดูแลเกี่ยวกับยาฉีด และยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ เช่น จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลดังต่อไปนี้

“มีหลายโรคที่เป็นอยู่ ที่ทั้งโรคความดัน โรคเบาหวาน แล้วมีอาการชามือ – เท้า อีก วัน ๆ หนึ่งทานยาเยอะมาก บางครั้งทานยาไม่ครบ ลืมทานยาบ้างในบางมือ และมองฉลากก็ไม่เห็น บางทีลูกจัดใส่กล่องยาไว้ พอทำยาตกพื้นแล้วก็ไม่ได้จัดเพิ่ม บางครั้งกินยาแล้วก็มีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้อาเจียน เวียนหัว มาอยู่ที่นี่ก็ดีขึ้น มีคนจัดยาให้ ได้ทานยาตรงเวลาด้วย” (รายที่ 3)

“ทานยาครั้งหนึ่งเป็นกำมือเลยนะ ป่วยหลายโรคนะ อยู่ที่นี่ดีนะ ที่คนคอยดูแลจัดยาให้ด้วย ยาไม่เคยขาดเลยนะ มีอาการอะไรบอกเขาได้เลย แล้วหมอก็จัดยาให้” (รายที่ 9)

3.2 ต้องการความช่วยเหลือดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า เกือบ 3 ใน 4 (n=15) ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาด เมื่อมีการปัสสาวะอุจจาระ การรับประทานอาหาร การพาเดิน และการป้องกันอุบัติเหตุลื่นหกล้ม เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองลำพัง รวมทั้งหากอยู่บ้านไม่มีคนดูแลเนื่องจาก บุตร หลาน ออกไปทำงานนอกบ้าน หรืออยู่ลำพัง บุตร-หลานเป็นห่วงจึงคิดว่าการที่พาผู้สูงอายุมาอยู่ในสถานบริบาล จะมีบุคคลากรคอยช่วยเหลือ ดูแลในกิจกรรมเหล่านี้ให้ ตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ดังต่อไปนี้

“เข้ามาอยู่ที่นี่เพราะต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน ทั้งการอาบน้ำ การดูแลช่วยในการทานอาหาร การพาพุงเดิน เพราะว่าลูกเป็นห่วง ลูกเค้ารู้ว่าสถานที่แบบนี้จะมีคนคอยดูแล ช่วยเหลือเราในการทำกิจกรรมเหล่านี้ หากอยู่บ้านก็ไม่มีคนคอยช่วยได้เพราะทำงานข้างนอก พอเข้ามาอยู่แล้วก็ดีนะมีคนคอยช่วยเราทำ ไม่ต้องกลัวว่าเดินแล้วจะล้มแล้ว” (รายที่ 1)

“มีคนคอยพาเข้าห้องน้ำ ถ้าหากว่าเดินเข้าลำพังกลัวว่าจะลื่นในห้องน้ำ ส่วนในเวลากลางวันก็ใส่เป็นผ้าอ้อมแทน อย่างเวลาเดินก็เดินเอง ลำพังไม่ได้ต้องมีคนคอยช่วยด้วย” (รายชื่อที่ 19)

3.3 ต้องการการฟื้นฟูสภาพ เพราะในสถานบริบาลมีการทำกายภาพบำบัดและช่วยในการออกกำลังกาย จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า มีมากกว่า 3 ใน 4 (n=15) ที่เข้าพักในสถานบริบาลเนื่องจากมีความต้องการการทำกายภาพบำบัดเพื่อต้องการการฟื้นฟูสภาพ ให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการเดินทางไปทำกายภาพที่โรงพยาบาล หรือบางรายไม่มีผู้พาไป จึงย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริบาลเพื่อทำกายภาพบำบัด เนื่องจากมีผู้ที่สามารถช่วยในการทำกายภาพบำบัด รวมทั้งสามารถทำกายภาพบำบัดได้ทุกวัน และมีเจ้าหน้าที่มาทำให้ที่เตียงได้เลย เช่น จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลดังต่อไปนี้

“เข้ามาอยู่ที่นี้เพราะต้องการทำกายภาพบำบัด อยากกลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง ก่อนหน้านี้ไม่สะดวกในการเดินทางไปทำกายภาพที่โรงพยาบาล และไม่มีผู้ที่สามารถพาไปได้ จึงมีความต้องการการทำกายภาพที่สถานบริบาล เนื่องจากมีผู้ที่สามารถช่วยในการทำกายภาพบำบัดได้ทุกวัน และมีเจ้าหน้าที่มาทำให้ที่เตียงได้เลย” (รายชื่อที่ 20)

“ต้องการออกกำลังกายทุกวันนะ บางครั้งก็ออกกำลังกายเป็นกลุ่มสนุกดี บางครั้งก็ไปฝึกเดินขึ้น-ลงบันได มีนักกายภาพพาทำ ถ้าหากอยู่ที่บ้านก็คงไม่ได้ออกกำลังกายอยู่แล้ว เพราะว่าถ้าจะออกกำลังกายเองก็กลัวว่าจะเกิดหกล้มไป จะเป็นเรื่องอีก เคยไปออกกำลังกายที่สวนรถไฟนะ แต่อย่างว่า มันต้องมีคนพาไป ไม่อย่างนั้นก็ไปไม่ได้อีก อยู่ที่นี่ดีแล้วนะ มีเพื่อน ๆ ออกกำลังกายกัน บางครั้งได้เป็นคนนำออกกำลังกายด้วยนะ” (รายชื่อที่ 8)

3.4 ต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถให้การดูแลที่เฉพาะได้ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกือบ 3 ใน 4 (n=15) มีความต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแล เนื่องจากมีประสบการณ์เคยให้เจ้าหน้าที่ไปดูแลที่บ้าน แล้วพบว่าไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ได้ตามที่คาดหวังไว้ เช่น การออกกำลังกาย การสังเกตอาการที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น จึงคิดว่าการเข้ามาพักในสถานบริบาลจะทำให้ได้รับการดูแลที่มีความเฉพาะจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า รวมทั้งบุตร-

หลาน ก็สบายใจ ไม่เป็นห่วงกังวล เช่น จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ดังต่อไปนี้

“เดิมคุณตาอยู่บ้านกับยายลำพังนะ เพราะลูกไปทำงานกลับบ้าน เย็น ก่อนที่จะมาอยู่ที่นี่ ตายังขยับแขนด้านนี้ได้น้อยกว่านี้อีก และเวลากลื่น น้ำจะล้าล้าบ่อย ๆ จนต้องเข้าโรงพยาบาล หมอบอกว่าปอดอักเสบจาก ล้าล้ากะนะ พอออกจากโรงพยาบาล ภรรยากับลูกก็คุยกับตาให้มาอยู่ที่นี่ก่อน เพราะกลัวว่าจะล้าล้าอีก ให้มาฝึกกลื่น และยายก็ดูไม่ไหวด้วย ก็แก่เท่า ๆ กันเลย” (รายที่ 14)

“อยู่บ้านไม่มีใคร อยู่ที่นี่มีเจ้าหน้าที่เยอะดี แล้วทุกคนก็ทำงานดีด้วย มีทั้งหมด มีพยาบาล แล้วก็นักกายภาพบำบัดอีก แล้วยังมีเด็กเจ้าหน้าที่ดูแล อีกเยอะเลยนะ ในห้องหนึ่งก็เห็นมีตั้ง 3 คน คอยช่วยกัน เราก็รู้สึกมั่นใจ รู้ว่าปลอดภัยแน่ ๆ เพราะว่าทุกคนก็มีความรู้ มีความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุอยู่แล้ว และคิดว่านะพวกที่จะทำงานอย่างนี้ได้ต้องมีใจรักด้วยนะ เพราะเห็นเค้าทำงานกันตลอดเวลาเลย มีเวลาพักกันเล็กน้อยเอง แต่ทุกคนก็ ยิ้มแย้มดีนะ ไม่เคยเห็นใครเสียงดังเลย และก็ตลอดเวลาจะมีพี่พยาบาลคอย ดูแล สอนน้อง ๆ ตลอดเลย” (รายที่ 19)

3.5 ต้องการได้รับการอำนวยความสะดวก จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกือบ 2 ใน 4 (n=10) ที่พักอาศัยในสถานบริบาล มีความต้องการได้รับการอำนวยความสะดวก เนื่องจากมี แพทย์ พยาบาล มีนักกายภาพบำบัด และมีนักกิจกรรมบำบัด มีผู้ที่คอยช่วยเหลือจัดเตรียมอาหาร ให้ มีคนพาไปออกกำลังกาย มีคนซักกรีดเสื้อผ้าให้ เมื่อมีความเจ็บป่วยจะมีแพทย์และพยาบาลมา ดูแล หากต้องไปพบแพทย์ประจำตัวที่ต้องไปตรวจตามนัด จะมีบริการพาไปตรวจตามโรงพยาบาล ต่าง ๆ ด้วย รวมทั้งมีบริการที่พักรักษาที่เป็นสัดส่วนด้วย เช่น จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน สถานบริบาลดังต่อไปนี้

“มีคนดูแลความสะดวก ถึงเวลาก็จัดอาหารมาให้ทาน ถึงเวลาออก กำลังกายก็มีเจ้าหน้าที่มาช่วยทำให้ ต้องการอะไรเพิ่มบอกเจ้าหน้าที่ได้เลย เค้าจะคอยดูแลเราตลอด เพราะในแต่ละห้องจะมีเจ้าหน้าที่ทุกห้อง ถึงเวลา ทำกิจกรรมก็มีคนคอยกระตุ้น” (รายที่ 11)

“ตอนที่อยู่ที่บ้านนะ เวลาจะไปหาหมอตตามนัดที่หนึ่ง มันลำบาก หลาน เพราะเขาต้องหยุดงาน แล้วก็ต้องไปหาหมอหลายระบบด้วยนะ แต่ หมอก็นัดไม่พร้อมกัน ไปโรงพยาบาลเกือบทุกเดือนเลย ไปทีก็ลำบาก ไหน จะต้องเสียเวลา ลูก ๆ พาไป พากลับอีกแต่ที่นี้เรามีคนพาไปตรวจในวันที่ หมอนัดนะ บางครั้งก็ไปกันเอง นั่งรถแท็กซี่ไป บางครั้งก็เห็นเค้าเรียก รถพยาบาลพาไปด้วยนะถ้าหากว่านั่งรถเองไม่ได้ สะดวกดี เราก็สบายใจนะ ไม่ต้องรบกวนลูก ๆ ทุกเดือน” (รายที่ 15)

3.6 ต้องการได้รับการดูแลด้านอาหารให้มีความเหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเอง จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงมากกว่า 1 ใน 4 (n=5) มีความต้องการผู้ที่ให้การดูแลเกี่ยวกับ อาหาร เนื่องจากเห็นว่าหากอยู่ที่บ้านลำพังก็ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารรับประทานเองได้ รวมทั้ง เห็นว่าหากมีผู้ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีคุณภาพ มีประโยชน์ รวมทั้ง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย เช่น จากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่พัก อาศัยในสถานบริบาลดังต่อไปนี้

“ตอนที่อยู่ที่บ้านนะ ยายไม่สนใจเลยนะเรื่องของอาหารการกิน กิน ทุกอย่างนั้นแหละ พอไปหาหมอนี่นะ หมอก็ดูว่าทำไมน้ำตาลสูงตลอดเลย ยายก็พยายามนะ เพราะว่าไม่อยากจะตาย แต่บางครั้งก็ไม่รู้ว่าจะอะไรต้อง กิน อะไรต้องงด เพราะบางทีเขาบอกเรามาแล้วแต่เราก็ลืมนะ พอย้ายเข้ามา อยู่ที่นี้นะมีคนคอยเตรียมอาหารให้ เขาก็ดูไม่ให้เรากินอะไรที่หวาน ๆ เพราะว่าเรามีคนคอยดูแลเกี่ยวกับอาหาร บางครั้งก็มีคนคอยมาเดินถาม บ้างนะว่า ต้องการกินอะไร ตั้งแต่ย้ายมาอยู่ที่นี้นะ ไม่เคยได้กินของหวานเลย เขาจัดเป็นผลไม้มาให้แทน พอเจาะดูน้ำตาลนะ ดีขึ้นเลย” (รายที่ 1)

“ตอนแรกเลยนะ ตากินอาหารไม่ค่อยได้นะ มันเหมือนกับบก ลิ่น ลำบาก และก็ก่อนมาอยู่ที่นี้มีแผลบริเวณก้นด้วยนะ ลูก ๆ ก็เลยพามาอยู่ที่นี้ ไง เพราะเพื่อนเขาเคยพาแม่มาอยู่ที่นี้แล้วดีขึ้น ตอนแรกนะมาถึงตาต้องกิน อาหารที่เป็นอาหารปั่นขึ้น ๆ แล้วก็มิใช่ที่ปั่นผสมด้วย ตาก็ได้ยินพยาบาลเขา คอยกันตอนเขาเข้ามาดูแล จนกระทั่งดีขึ้น ก็ค่อย ๆ เปลี่ยนอาหารมาเป็น โจ๊ก ตอนนี้นะกินเป็นข้าวต้มได้แล้ว และแผลก็หายแล้วนะ แต่ก็ต้องคอยระวังกลัวว่า จะเป็นอีก เช็ดเลย” (รายที่ 13)

สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีความต้องการในเรื่องต่าง ๆ คล้ายคลึงกัน เช่น

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับยาที่ต้องได้รับ เนื่องจากว่ามียาที่ต้องได้รับประทานเป็นประจำมีจำนวนมากทั้งยา รักษาโรคเบาหวาน ยาลดความดัน และยาตัวอื่น ๆ บางครั้งได้รับยาไม่ครบตามจำนวน เนื่องจากลืมรับประทานบ้าง มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ รวมทั้งเมื่อรับประทานยาแล้วมักมีอาการที่ไม่พึงประสงค์ มีความต้องการให้มีพยาบาลคอยดูแลเกี่ยวกับยาฉีด และยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ

ความต้องการความช่วยเหลือดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดเมื่อมีการปัสสาวะอุจจาระ การรับประทานอาหาร การพาเดิน และการป้องกันอุบัติเหตุลื่นหกล้ม เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองลำพัง รวมทั้งหากอยู่บ้านไม่มีคนดูแลเนื่องจาก บุตร หลาน ออกไปทำงานนอกบ้าน หรืออยู่ลำพัง บุตร-หลานเป็นห่วงจึงคิดว่าการที่พาผู้สูงอายุมาอยู่ในสถานบริบาล จะมีบุคคลากรคอยช่วยเหลือ ดูแลในกิจกรรมเหล่านี้ให้

ความต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ เนื่องจากมีความต้องการการทํากายภาพบำบัดเพื่อต้องการการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น และส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการเดินทางไปทํากายภาพที่โรงพยาบาล หรือบางรายไม่มีผู้พาไป

ความต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถให้การดูแลที่เฉพาะได้ เนื่องจากคิดว่าการเข้ามาพักในสถานบริบาลจะทำให้ได้รับการดูแลที่มีความเฉพาะจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า รวมทั้งบุตร-หลาน ก็สบายใจ ไม่เป็นห่วงกังวล

ความต้องการได้รับการอำนวยความสะดวก มีผู้ที่คอยช่วยเหลือจัดเตรียมอาหารให้ มีคนพาไปออกกําลังกาย มีคนซักรีดเสื้อผ้าให้ เมื่อมีความเจ็บป่วยจะมีแพทย์และพยาบาลมาดูแล หากต้องไปพบแพทย์ประจำตัวที่ต้องไปตรวจตามนัด จะมีบริการพาไปตรวจตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ด้วย รวมทั้งมีบริการที่พักที่เป็นสัดส่วนด้วย

และสุดท้ายความต้องการได้รับการดูแลด้านอาหารให้มีความเหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเอง เนื่องจากเห็นว่าหากอยู่ที่บ้านลำพังก็ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารรับประทานเองได้ รวมทั้งเห็นว่าหากมีผู้ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีคุณภาพ มีประโยชน์ รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ด้านเขาวงกต ปัญหา ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชน และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะความเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ด้านเขาวงกต

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปพักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คือ โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ ภัทรพิบาลเนอร์สซิ่งโฮม นวศรีเนอร์สซิ่งโฮม ดวงใจเนอร์สซิ่งโฮม และประทีปเนอร์สซิ่งโฮม อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของ Thorndike โดย n คือขนาดกลุ่มตัวอย่าง และ k คือ จำนวนตัวแปร (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2547) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 6 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล ประกอบด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi – structured interview)
3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก The Barthel Index ของ Collin and et.al (1998) ซึ่งแปลโดย วิชาวี กิจกำแหง (2548)
4. แบบประเมินระดับเขาวงกต ผู้วิจัยใช้ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 ที่แปลโดย คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ซึ่งกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537)

6. แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก แบบประเมิน Minimal Data Set/Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) ของ Brown (2001)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ สำนวนภาษา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล เท่ากับ .96 และ .99 ตามลำดับ นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 140 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน ที่พักอาศัยใน โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ ภัทรพิบาลเนอร์สซิ่งโฮม นวศรีเนอร์สซิ่งโฮม ดวงใจเนอร์สซิ่งโฮม และประทีปเนอร์สซิ่งโฮม รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ จนได้ข้อมูลครบทั้งหมด 140 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ มีการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพก่อนการเข้าพักในสถานบริบาล แหล่งที่มาของรายได้ สภาพความเป็นอยู่ ผู้ดูแล เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล ผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล การตรวจสายตา การได้ยิน ภาวะความเจ็บป่วยยาที่ได้รับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนอายุ จำนวนบุตร ภาวะโภชนาการ การหายใจ ความดันโลหิต วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา การประเมินภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

1.3 เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเขาวงกต ปัญหาและภาวะซึมเศร้าโดยการใช้ t - test สำหรับตัวแปรสองกลุ่ม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) ในตัวแปรมากกว่าสองกลุ่ม และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และถ้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบความแตกต่างของ mean แต่ละข้อโดยใช้วิธี Dunnett's T3

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

3. นำข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์แบบผสมผสาน (Methodological triangulation)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนบุตร สถานภาพสมรส อาชีพ ก่อนการเข้าพักในสถานบริบาล แหล่งที่มาของรายได้ สภาพความเป็นอยู่ ผู้ดูแลใกล้ชิด เหตุผล และการตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล ผู้ตัดสินใจเข้าพักในสถานบริบาล การตรวจสายตา การได้ยิน ภาวะความเจ็บป่วย ยาที่ได้รับ ภาวะโภชนาการ การหายใจ ความดันโลหิต ของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ศึกษา จำนวน 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 77.51 ปี สถานภาพสมรสหม้ายซึ่งคู่สมรสเสียชีวิต จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 ส่วนใหญ่เป็นหญิงหม้าย จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 5 คนขึ้นไป 3-4 คน และ 1-2 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2, 23.5 และ 22.9 ตามลำดับ โดยมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 3.21 คน ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7 มีแหล่งที่มาของรายได้มาจากเงินเก็บสะสม จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 โดยอาศัยอยู่กับบุตร หลาน และญาติ จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร หลาน และญาติ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 41.4 ซึ่งเหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักอาศัยในสถานบริบาลเนื่องจากญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 และไม่มีผู้ดูแล จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 ตามลำดับ

ในด้านความต้องการ มีความต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 59.3 และต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 ตามลำดับ โดยมีบุตร หลาน และญาติ เป็นผู้ตัดสินใจในการ เข้าพักอาศัยในสถานบริบาล จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 83.6

ด้านภาวะสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่มีสายตาสายตาปกติ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือสายตายาว จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 การได้ยินปกติ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมาต้องตะโกนจึงได้ยิน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 ส่วนใหญ่มี ภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 106 คน รองลงมาคือ อ้วน คิดเป็นร้อยละ 75.1 และ 18.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติ (น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท) จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 80.7 และมีความดันโลหิตสูง (มากกว่า 140/90 มม.ปรอท) จำนวน 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.3 และมีการหายใจปกติ (18 -24 ครั้งต่อนาที) จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 89.3

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องได้รับยาตามแพทย์สั่ง จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7 โดยมีจำนวนยาที่ได้รับตั้งแต่ 4 – 6 ชนิด และ 6 ชนิดขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.7 และ 32.9 ตามลำดับ โดยมีจำนวนยาที่ได้รับเฉลี่ย 3.07 ชนิด และส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 – 2 คิดเป็นร้อยละ 74.3 โดยภาวะความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด สมอง โรคเบาหวานโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและข้อ และภาวะสมองเสื่อม คิด เป็นร้อยละ 54.3, 49.7, 27.1, 17.1, 17.1 และ 8.6 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ด้านเชาวน์ ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล

2.1 ผลการวิเคราะห์ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 37.91 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับการพึ่งพาผู้อื่นมาก โดย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มากที่สุด จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ พักอาศัยในสถานบริบาลมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในทุก รายข้อ คือ การขึ้นบันได การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน การเข้าห้องส้วม การควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน การอาบน้ำให้ตนเอง การทำความสะอาดส่วนตัว การควบคุมการ ขับถ่ายอุจจาระ การกินอาหาร การแต่งตัว

2.2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านเขาวนปัญญาปกติ จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.1 และไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากมีภาวะนอนติดเตียงและไม่สามารถตอบคำถามได้ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0

2.3 ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีค่าเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.63 อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อพิจารณาเป็นระดับภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง จำนวน 5, 4 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6, 2.9 และ 0.7 ตามลำดับ

2.4 ผลการวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 91.57$) ดังนี้

ด้านความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.72$, $SD = 8.49$) โดยเมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่า ความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการทำความสะดวกสบายร่างกาย การเข้าห้องน้ำ – ห้องส้วม ความช่วยเหลือในการขับถ่าย อุจจาระ ความช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะ การเดิน การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน อยู่ระดับปานกลาง

ด้านความต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 19.05$, $SD = 3.35$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลความปลอดภัย ($\bar{X} = 3.95$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ จำนวนบุคลากรทางสุขภาพต่อผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ ($\bar{X} = 3.70$)

ด้านความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล มีความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 11.56$, $SD = 2.35$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับการดูแลเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานอย่างถูกต้องทั้งชนิด ปริมาณ และเวลา ($\bar{X} = 3.94$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การได้รับ การสังเกตอาการข้างเคียงของยาและบันทึกเกี่ยวกับยาที่ท่านได้รับใหม่ใน 3 เดือนแรก ($\bar{X} = 3.73$)

ด้านความต้องการการฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 15.09$, $SD = 2.78$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ย

สูงสุด คือ มีนักร่างกายภาพบำบัดมาทำการฟื้นฟูสภาพท่านทุกวัน ($\bar{X}=4.06$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการทำกายภาพบำบัด ($\bar{X}=3.08$)

ด้านความต้องการการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=19.15$, $SD=3.70$) เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ความต้องการการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกือบทุกข้ออยู่ในระดับมาก ยกเว้นการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{X}=4.13$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X}=3.23$)

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล พบว่า

3.1 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันมีความต้องการการดูแลในสถานบริบาลแตกต่างกัน โดยพบว่าความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากและผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปานกลางไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05

3.2 เพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ก่อนเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล ภาวะความเจ็บป่วย ระดับเขาวนปัญญา และระดับภาวะซึมเศร้า ที่แตกต่างกันมีความต้องการการดูแลในสถานบริบาล ไม่แตกต่างกัน

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ได้แก่

- 4.1 ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับยาที่ต้องได้รับ
- 4.2 ความต้องการความช่วยเหลือดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 4.3 ความต้องการการฟื้นฟูสภาพ
- 4.4 ความต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
- 4.5 ความต้องการได้รับการอำนวยความสะดวก
- 4.6 ความต้องการได้รับการดูแลด้านอาหารให้มีความเหมาะสมกับความเจ็บป่วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลทั้งหมด 140 คน โดยสามารถสรุปและอภิปรายผล ดังนี้คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 เพศ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.4 ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมที่พบว่าเพศหญิงมีอายุขัยสูงกว่าเพศชาย รวมทั้งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว และภาวะพึ่งพา ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และยังพบได้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ในประเทศสิงคโปร์พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Challis (2000) และ Sim & Leung (2000) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน

1.2 อายุ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.6 และ 75 – 84 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.3 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 77.51 ปี อาจเนื่องมาจากว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น และเป็นกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพาสูงขึ้น รวมทั้งพบอัตราการเกิดโรคเรื้อรังที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Challis (2000) และ Nishiwaki (2005) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีอายุอยู่ในช่วง 80 – 84 ปี

1.3 สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่เป็นหม้ายซึ่งคู่สมรสเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 48.6 โดยพบผู้หญิงหม้าย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ในประเทศสิงคโปร์ที่พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่เป็นหม้าย อาจเนื่องจากเพศหญิงมีอายุขัยสูงกว่าเพศชาย ดังนั้นในขณะที่เพศชายมีความต้องการการดูแลยังมีเพศหญิงเป็นผู้ให้การดูแลได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีอายุขัยที่สูงมากกว่าเพศชาย เมื่ออยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแล ทำให้ขาดผู้ดูแลเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต จึงเป็นสาเหตุที่หญิงหม้ายต้องเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาล

1.4 จำนวนบุตร กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่จำนวนบุตร 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนนี้มีบุตรเฉลี่ยอย่างน้อย 1 คน ซึ่งในบริบทของประเทศ

สิงคโปร์ มีการรณรงค์การมีบุตรน้อย ในขณะที่ประเทศไทยในอดีต ไม่มีการรณรงค์เกี่ยวกับการมีบุตรน้อย แต่เนื่องจากว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาในเขตเมือง ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นบุตร – หลาน มีความจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน จึงไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลที่บ้าน จึงเป็นเหตุผลที่ผู้สูงอายุเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาล

1.5 อาชีพก่อนการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุย้ายเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาลเมื่ออายุ 70 ปี

1.6 แหล่งที่มาของรายได้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่ มีแหล่งรายได้จากเงินเก็บสะสม แต่ถึงแม้จากการศึกษาการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2543) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องเงิน ร้อยละ 31.6 อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในสถานบริบาลเอกชนทั้งหมด ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง รวมทั้งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในเขตเมือง ดังนั้นผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยส่วนใหญ่จึงเป็นกลุ่มที่มีเงินเก็บสะสมมาใช้ในยามสูงอายุ

1.7 สภาพความเป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่ ก่อนเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล เคยพักอาศัยอยู่กับบุตร หลาน และญาติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมไทยที่มีความเชื่อในเรื่องความกตัญญูต่อผู้สูงอายุอยู่ ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมทางตะวันตกที่ผู้สูงอายุจะอยู่ตามลำพัง เช่น การศึกษาของ Achintya (1997) และ Rachel (1994) ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ก่อนผู้สูงอายุจะย้ายมาอยู่ในสถานบริบาล ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองเพียงลำพัง

1.8 ผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่ก่อนเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร หลาน และญาติ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในเขตเมือง กลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้เป็นวัยทำงาน ต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rachel (1994) และ Achintya (1997) พบว่าผู้สูงอายุเคยมีลูกหลานเป็นผู้ดูแล แต่ลูกหลานไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ก่อนเข้าพักในสถานบริบาล แต่ต่างกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนมากเป็นสามี ภรรยา หรือลูกหลาน เนื่องจากเป็นการศึกษาในชุมชน เห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น สามี ภรรยา หรือลูกหลาน ซึ่งมีเวลาในการดูแลซึ่งกันและกัน จึงทำให้สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ โดยไม่ต้องย้ายเข้ามาอยู่ในสถานบริบาล

1.9 เหตุผลและการตัดสินใจเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เกิดจากญาติไม่สามารถให้การดูแลได้/ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ และไม่มีผู้ดูแล ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rachel (1994) และ Achintya (1997) พบว่าผู้สูงอายุเคยมีลูกหลานเป็นผู้ดูแล แต่ลูกหลานไม่สามารถให้การดูแลต่อไปได้ก่อนเข้าพักในสถานบริบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2539) พบว่าประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุไทยนั้นต้องอยู่เพียงลำพัง มักมีปัญหาในการดำรงชีวิตที่สำคัญคือ ขาดผู้ดูแล อาจเป็นสาเหตุที่มีให้ผู้สูงอายุต้องย้ายเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาล เมื่อมีภาวะทุพพลภาพ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น

1.10 ภาวะเจ็บป่วย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาล พบว่า มีความเจ็บป่วยอย่างน้อย 1-2 โรค คิดเป็นร้อยละ 74.3 โดยร้อยละ 54.3 และ 47.9 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mildred (1994), Kathleen et al (1996), Rother (2003) และ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มของความเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 – 2 โรค โดยปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานบริบาล ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาทางจิต ปัญหาทางเขavnปัญญา และกระดูกหัก โดยเฉพาะกระดูกสะโพก ตามลำดับ โดยภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุพักในสถานบริบาลเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นภาวะที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพระยะยาว หรือในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีปัญหาตาบอดหรือต้อหิน จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งภาวะความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาด้วย

2. ระดับเขavnปัญญา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่มีระดับเขavnปัญญาปกติ มีเพียงร้อยละ 2.1 ที่มีปัญหาทางด้านเขavnปัญญา จากการศึกษาของ เขavnลักษณะณ์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ์ (2543) เกี่ยวกับการรายงานสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 3.3 แต่ญาติอาจคิดว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ หรือเนื่องจากว่าไม่มีอาการป่วยอื่น ๆ ร่วมด้วย อาจมีการว่าจ้างผู้ดูแลไปดูแลเองที่บ้าน แทนการนำผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมาพักในสถานบริบาล จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mildred (1994) และ Yap (2003) ที่พบว่าภาวะสมองเสื่อม เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุพักในสถานบริบาล เนื่องจากไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ลำพังได้ ไม่สามารถดูแลเรื่องการรับประทานยา และรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และญาติไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี แสดงถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตและ ดำรงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ดี ส่วนผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง มักต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 140 คน มีระดับ การพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด มีความจำเป็นที่ต้องการการดูแลในระดับสูง คือมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องให้ การช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ดังนั้นจึงเป็นความยากลำบากสำหรับผู้ดูแลที่จะดูแลที่บ้านได้ จึงอาจ เป็นสาเหตุที่ญาตินำผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามาพักอาศัยในสถานบริบาล เพื่อต้องการการดูแลใน ระดับสูง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเลยใน ทุกข้อ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือสูงสุด คือ การเดิน การเคลื่อนย้าย ระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน รองลงมา คือ การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ตามลำดับ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีความ ต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันคิดเป็นร้อยละ 41 และเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ต้องนอนติดเตียงถึงร้อยละ 48 ทำให้มีความต้องการความช่วยเหลือในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเคลื่อนที่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่าย และ การรับประทานอาหาร ตามลำดับ

4. ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลนั้นมีภาวะ ซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.6 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.9 และมีภาวะ ซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ ซึ่งอาการป่วยเหล่านี้ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล มีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงขึ้นเมื่อพักอาศัยในสถานบริบาลเป็นเวลามากขึ้น อาจเป็นเพราะว่า แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ใช้ประเมินผู้สูงอายุไทยนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับคัดกรอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรก แต่ผู้สูงอายุที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน บริบาลมาเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยในสถานบริบาลเป็น ระยะเวลาดั้งแต่ 9 เดือนเป็นต้นไป รวมทั้งมีภาวะเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน จึงอาจจะผ่านการ ปรับตัวมาแล้วระยะเวลาหนึ่งจึงพบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มากนักในการศึกษาครั้งนี้

5. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล จากข้อมูลเชิงปริมาณ ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลในภาพรวมมีความต้องการในระดับมาก ($\bar{X}=91.57$, $SD=17.65$) เมื่อเรียงลำดับตามความต้องการแล้วพบว่า มีความต้องการในแต่ละ

ด้านที่ใกล้เคียงกันมาก คือ การดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน ($\bar{X} = 11.56$, $SD = 2.35$) การดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 19.15$, $SD = 3.70$) การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ($\bar{X} = 19.05$, $SD = 3.35$) การฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย ($\bar{X} = 15.09$, $SD = 2.78$) และความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{X} = 26.72$, $SD = 8.49$) ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนออภิปราย ตามรายด้านตามลำดับ ดังนี้

5.1 ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับยาที่รับประทาน จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 11.56$, $SD = 2.35$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 1-2 โรคขึ้นไป รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องได้รับยาตามที่แพทย์สั่งและเนื่องจากมีภาวะเจ็บป่วยหลายโรคจึงมียาหลายชนิดที่ต้องรับประทาน เพื่อเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีหลายโรคจึงมีความจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดรวมกัน ขณะอยู่บ้านไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยา การจัดยา และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น จึงอาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการเกี่ยวกับยาที่ต้องได้รับ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลว่า “มีหลายโรคที่เป็นอยู่ วัน ๆ หนึ่งทานยาเยอะมาก” “บางครั้งทานยาไม่ครบ ลืมทานยาบ้างในบางมื้อ และมองฉลากก็ไม่เห็น” “บางครั้งกินยาแล้วก็มีอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนหัว มีพยาบาลคอยสังเกตอาการ” หรือ “มีคนจัดยาให้ ได้ทานยาตรงเวลาด้วย” จึงเป็นความต้องการมากของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 70 ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง การจัดยา และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mary (1999) ได้ศึกษาว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลร้อยละ 71 รับประทานยาอย่างน้อย 3 - 7 ชนิด และร้อยละ 82 มีความต้องการได้รับการดูแล ช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดยาและการดูแลให้ได้รับยาที่ถูกต้อง

5.2 ความต้องการการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 19.15$, $SD = 3.70$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมทั้งมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 47.9 จึงมีความต้องการการดูแลที่เฉพาะ รวมทั้งต้องการได้รับการดูแลในด้านความปลอดภัย เพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้ม หรือแม้กระทั่งหากผู้สูงอายุอยู่ในสถานะที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งมีความต้องการให้ใช้อุปกรณ์ที่สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วย สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลว่า “เดิมอยู่บ้านกับยายลำพัง ก่อนที่จะมาอยู่ที่นี่ ยัง

ขยับแขนด้านนี้ได้น้อยกว่านี้อีก และเวลาคลื่นน้ำจะสำคัญบ่อย ๆ จนต้องเข้าโรงพยาบาล หมอบอกว่าปอดอักเสบจากสำลักนะ พอออกจากโรงพยาบาล ภรรยาจับลูกก็คุยกับตาให้มาอยู่ที่นี่ก่อน เพราะกลัวว่าจะสำลักอีก ให้มาฝึกกลืน และยายก็ดูไม่ไหวด้วย ก็แก่เท่า ๆ กันเลย” หรือ “ก่อนเข้ามาพักที่นี่ ตามีแผลกดทับบริเวณก้น แต่ว่าตอนนี้หายแล้ว” ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับผลกระทบจากภาวะเรื้อรังเป็นอย่างมาก เช่น ความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้มีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับของ Nazarko (2002) ที่พบว่าความต้องการการดูแลที่สำคัญอย่างหนึ่งในสถานบริบาลคือการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

5.3 ความต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 19.05$, $SD = 3.35$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่มีภาวะความเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูก เป็นต้น ซึ่งในภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการใส่อุปกรณ์ที่พิเศษซึ่งแตกต่างจากในภาวะที่ปกติ เช่น การใส่สายให้อาหารทางสายยาง การสายสวนคาปัสสภาวะ การที่ต้องใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หรือแม้กระทั่งในบางคนที่ต้องใส่ท่อเจาะคอ เป็นต้น ซึ่งในภาวะเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุ หรือญาติเองไม่สามารถให้การดูแลเองได้ จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเองมีความต้องการการดูแลในเรื่องนี้ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาริรัตน์ จิตรมนตรี (2550) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต มีความต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลที่เฉพาะต่อภาวะความเจ็บป่วย เกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยาง การดูแลเฉพาะเมื่อมีการเจาะคอ เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sim & Leung (2000), Yap (2003), Rothera (2003) และ Gwendolen (2006) พบว่าเหตุผลของผู้สูงอายุในการเข้าอยู่ในสถานบริบาลส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแล มีความต้องการการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะมีความเชี่ยวชาญในการดูแลตลอดเวลา

5.4 ความต้องการการฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 15.09$, $SD = 2.78$) อาจเนื่องจากว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พักอาศัยสถานบริบาลเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ พึ่งพาผู้อื่นมาก คิดเป็นร้อยละ 20.0 ซึ่งการฟื้นฟูสภาพ หรือ การทำกายภาพบำบัดนั้น เป็นการทำให้ต้องอาศัยนักกายภาพบำบัดในการแนะนำ หรือเป็นผู้ทำให้ รวมทั้งในบางสถานบริบาลอาจมีผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการอบรมระยะสั้นมาเป็นผู้ช่วยทำกายภาพบำบัดให้ จึงเป็นสาเหตุที่สำคัญ

อย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาล เพื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพ ดังจะเห็นจากข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลว่า “ต้องการการทํากายภาพบำบัดเพื่อต้องการทำให้ตนเองกลับมาช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นอีกครั้งหนึ่ง” “ไม่สะดวกในการเดินทางไปทํากายภาพที่โรงพยาบาล” หรือ “มีผู้ที่สามารถช่วยในการทํากายภาพบำบัดได้ทุกวัน และมีเจ้าหน้าที่มาทำให้ที่เตียงได้เลย” สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา สิริสมบุญธลภ (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตมีความต้องการในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นารินทร์ จิตรมนตรี (2550) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต มีความต้องการบริการด้านการฝึกกายภาพบำบัด

5.5 ความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.72$, $SD = 8.49$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rothera (2003), Yap (2003) และ Nishiwaki (2005) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีความต้องการการดูแลในระดับสูง ทั้งในด้านความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่าย การเคลื่อนที่ การอาบน้ำ การขึ้นลง – บันได การรับประทานอาหารเช้า และต้องการทางด้านกายภาพและพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในระดับสูง รวมทั้งญาติไม่สามารถให้การดูแลได้ หรือไม่มีผู้ดูแล อาจเนื่องจากว่าสถานบริบาลในประเทศไทยมีการจัดบริการที่เน้นเกี่ยวกับความช่วยเหลือผู้สูงอายุในกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับอาบน้ำ หรือ การรับประทานอาหารเช้า เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลส่วนใหญ่เห็นว่าความต้องการในกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันนั้นได้รับการตอบสนองอยู่แล้ว รวมทั้งเป็นกิจกรรมการดูแลที่เป็นบริการแรกที่สถานบริบาลทุกแห่งมีให้เป็นพื้นฐาน จึงทำให้ความต้องการในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุ ยังให้ความสำคัญต่อความต้องการด้านนี้อยู่ ดังจะเห็นจากข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า “เข้ามาอยู่ที่นี่เพราะต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน ทั้งการอาบน้ำ การดูแลช่วยในการทานอาหาร การพาพุงเดิน” “ลูกเค้ารู้ว่าสถานที่แบบนี้จะมีคนคอยดูแล ช่วยเหลือเราในการทำกิจกรรมเหล่านี้” หรือ “มีคนคอยช่วยเราทำ ไม่ต้องกลัวว่าเดินแล้วจะล้มแล้ว” และแนวโน้มความต้องการในด้านนี้จะเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของ สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ต้องการใช้บริการในสถานบริบาลเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความต้องการความช่วยเหลือในระดับรุนแรงสูงมากขึ้น มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลในสถาบันหรือสถานบริการมากขึ้น

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล เรียงตามลำดับมากไปน้อย ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับยาที่ต้องใช้ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การเดิน การขับถ่าย เป็นต้น การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกาย มีความต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้ และมีความเชี่ยวชาญในการดูแล มีความต้องการได้รับการอำนวยความสะดวก และมีความต้องการให้มีคนดูแลเกี่ยวกับอาหาร ซึ่งเป็นประเด็นลำดับความต้องการที่มีแตกต่างกับข้อมูลเชิงปริมาณ อาจเนื่องจากว่าจากข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุ ที่ประเมินจากสิ่งที่ตนเองต้องการในขณะที่จะเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาล รวมทั้งประเมินว่าความต้องการของตนเองนี้ได้รับการดูแลจากสถานบริบาล รวมทั้งได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการอย่างชัดเจน รวมทั้งเป็นการประเมินความต้องการจากสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันของผู้สูงอายุ จึงไม่พบประเด็นที่เกี่ยวกับความต้องการความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ ยังพบว่า มีประเด็นใหม่เพิ่มเติมจากปัจจัยตามรายข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ ความต้องการได้รับการอำนวยความสะดวกต่าง เช่น การพาไปตรวจที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด การบริการซักกรีด การจัดห้องที่เป็นสัดส่วน เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งกล่าวว่า “ตอนที่อยู่ที่บ้านนะ เวลาจะไปหาหมอดำเนินคดีที่หนึ่ง มันลำบากถูก หลาน เพราะเขาต้องหยุดงาน แต่ที่นี้เรามีคนพาไปตรวจ บางครั้งก็เรียกให้รถพยาบาลพาไปด้วย สะดวกดี” อีกรายบอกว่า “อยู่ที่นี้ดีนะ พอถึงเวลารับประทานอาหาร ก็มีคนคอยจัดเตรียมอาหารให้ หรือถ้าอยากต้องการรับประทานอย่างอื่นก็บอกเขาได้ แล้วเขาก็จัดให้เสื้อผ้าต่าง ๆ ก็มีคนดูแลให้ตลอด สะดวกดี” หรือ “อยู่ที่นี้ไม่ต้องซักกรีดเอง เพราะใส่เสื้อผ้าโรงพยาบาลอยู่แล้ว ถึงเวลาเค้าก็เอาเสื้อผ้าชุดใหม่มาให้” เป็นต้น ทั้งนี้ความต้องการได้รับความสะดวกสบายของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในสถานบริบาลมีความต้องการได้รับความสะดวกสบายคิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งนับเป็นความต้องการรองจากความต้องการทางการแพทย์และการพยาบาล

6. ผลการเปรียบเทียบความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า

เพศ ที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการในสถานบริบาลเอกชนที่ไม่แตกต่างกัน โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน พบว่าเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ชาย = \bar{X} 92.49, SD = 15.64, หญิง = \bar{X} 90.80, SD = 19.11) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์นิภา ต้นภูมิประเทศ (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการ

รับบริการที่สถานเอนามัยของประชาชนในตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก ที่พบว่าเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการใช้บริการสาธารณสุข สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2539 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าการเข้าถึงบริการระหว่างเพศหญิงและชายไม่มีความแตกต่างกัน จากผลการวิจัย อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 38 ภาคผนวก ข) ซึ่งความต้องการความช่วยเหลือในทุกด้านในสถานบริบาลจึงมีความไม่แตกต่างกัน เนื่องจากมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองไม่แตกต่างกัน รวมทั้งเมื่อเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนแล้ว เจ้าหน้าที่ดูแล และให้บริการทั้งเพศชาย และเพศหญิงเท่ากัน จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงจึงมีความต้องการที่ไม่แตกต่างกัน

อายุ ที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการในสถานบริบาลเอกชนที่ไม่แตกต่างกัน โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความต้องการแล้วพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนความต้องการเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น โดยปัญหาสุขภาพที่มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องการบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson & Bran (1995) ที่ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความต้องการความช่วยเหลือมากขึ้นด้วย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Susan (2007) ที่ศึกษาคุณลักษณะของผู้สูงอายุและความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง ทำให้มีความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมเหล่านี้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่ในวัยสูงอายุ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกัน รวมทั้งมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 39 ภาคผนวก ข) และเมื่อผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จะได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการบริการในสถานบริบาลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส ที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการในสถานบริบาลเอกชนที่ไม่แตกต่างกัน ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนเป็นหญิงหม้าย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้ มีประสบการณ์ในการดูแลคู่สมรสมาก่อนที่จะย้ายเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน จึงเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต สามารถเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลง และมีการยอมรับได้ส่วนหนึ่ง เมื่อคู่สมรสเสียชีวิตทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนสามารถปรับตัวและมีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการได้มากขึ้น

หรือแม้แต่ผู้สูงอายุที่เป็นโสดและต้องอยู่คนเดียวก่อนการเข้ามาพักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโสดนั้น ต้องดูแลตนเองมาก่อนที่จะเข้าพักอาศัยในสถานบริบาลทำให้มีความเข้าใจในความต้องการที่ได้รับการตอบสนองมากขึ้น รวมทั้งเมื่อผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองก่อนการเข้าพักในสถานบริบาลเอกชนนั้น มีความจำเป็นที่ต้องดูแลตนเองลำพัง หรือแม้แต่ต้องดูแลคู่สมรสเองก็ตาม แต่เมื่อเข้ามาพักในสถานบริบาลเอกชน ความต้องการของผู้สูงอายุได้รับการตอบสนอง เนื่องจากว่าในสถานบริบาลเอกชนมีทั้ง แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และพนักงานการบริบาลที่ให้การดูแลตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 40 ภาคผนวก ฉ)

สภาพความเป็นอยู่ ที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการในสถานบริบาลเอกชนที่ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส หรือกลุ่มที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกครอบครัว มีความต้องการบริการทางการแพทย์น้อยกว่ากลุ่มที่เป็นโสด หย่า แยกกันอยู่ หรืออยู่คนเดียว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในสังคมเมือง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน ก่อนพักอาศัยในสถานบริบาลเอกชนก็ตาม แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน บุตร หลานต้องทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ลำพัง ต้องดูแลตนเอง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ทำให้เมื่อเข้าพักในสถานบริบาลอาจทำให้มีความรู้สึกว่าคุณสมบัติต่าง ๆ ได้รับการตอบสนองได้มากกว่าเดิม เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เดิมอยู่สถานบริบาลอื่นมาก่อน ที่ย้ายออกจากสถานบริบาลเดิม อาจเนื่องจากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจากสถานบริบาลเดิม เมื่อย้ายเข้ามาพักในสถานบริบาลเอกชนใหม่อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณสมบัติต่าง ๆ ได้รับการตอบสนองมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพความเป็นอยู่แตกต่างกัน มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 41 ภาคผนวก ฉ) ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ จึงได้รับการตอบสนองที่เหมือนกัน

ภาวะความเจ็บป่วย ที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการในสถานบริบาลเอกชนที่ไม่แตกต่างกัน จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ ซึ่งปัญหาของประชากรสูงอายุไทย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังนั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545) การสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) พบว่าผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 27.3 บ่งชี้ได้ว่าความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุเกิดจากวิถีชีวิตความเป็นอยู่ การบริโภคอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคเรื้อรัง หากไม่ได้รับการ

รักษา หรือไม่สามารถควบคุมโรคไม่ให้ลุกลาม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในสถานบริบาลเอกชน ที่มีแพทย์ให้การตรวจรักษา รวมทั้งมีการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยการรับประทานยาประจำ รวมทั้งมีพยาบาลในการจัดยาให้ได้ตรงเวลาทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคความดันโลหิต และโรคอื่นที่เป็นอยู่ได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคนั้น ๆ รวมทั้งโรคความดันโลหิตนั้นไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วย และในสถานบริบาลเอกชนมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาที่มีภาวะความเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 42 ภาคผนวก ข) ทำให้ความต้องการที่ผู้สูงอายุต้องการได้รับการตอบสนอง

ระดับเขาวงกตปัญญา ที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการในสถานบริบาลเอกชนที่ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tomiak (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าพักอาศัยในสถานบริบาลของแคนาดา พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ผู้สูงอายุเข้าพักในสถานบริบาลพบว่ามีความเสี่ยงสูง และความผิดปกติทางด้านจิตใจ ซึ่งผลจากความเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพิการและอยู่ในภาวะพึ่งพาในระดับสูง ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุในแคนาดาย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริบาล มีความต้องการได้รับการดูแลที่มีความเฉพาะ ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุที่ย้ายเข้าอยู่ในสถานบริบาลเนื่องจากมีความต้องการดูแล ในภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาส่วนใหญ่มีระดับเขาวงกตปัญญาปกติ จำนวน 103 มีภาวะเขาวงกตปัญญาบกพร่องเพียง 3 คนเท่านั้นเนื่องจากในบางสถานบริบาลเอกชน มีการจัดสถานที่สำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับเขาวงกตปัญญาบกพร่องแยกออกไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการในสถานบริบาลเอกชนที่ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yap (2003) ที่พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในการอาบน้ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 55 จากผลการวิจัยพบผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลเอกชน ไม่พบภาวะซึมเศร้า จำนวน 95 คน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 5 คน และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง จำนวน 4 คน และ 1 คน ตามลำดับ

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันทำให้มีระดับความต้องการที่แตกต่างกันด้วย เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรืออยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดนั้น ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ในทุก ๆ ด้านจึงมีความต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านเช่นเดียวกัน แตกต่างจากผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความ

ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ จึงน้อยลงเนื่องจากสามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gwendolen (2006) พบว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลมีความต้องการการดูแลในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในระดับสูง ทั้งในด้านความต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การขยับถ่าย การเคลื่อนที่ การอาบน้ำ และการขึ้นลง – บันได การรับประทานอาหาร และความต้องการทางด้านกายภาพบำบัดและพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลในภาพรวมมีระดับความต้องการอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับความต้องการ คือ การดูแลเกี่ยวกับการจัดการเกี่ยวกับเรื่องยาที่รับประทาน การดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ การฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และผลของความ ต้องการเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ด้านเขาวนปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน มีความต้องการการดูแลที่ต่างกันด้วย และเนื่องจากสถานบริบาลเป็นแหล่งบริการทางสุขภาพที่สำคัญแหล่งหนึ่งสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้นจากผลการศึกษานี้จึงมีความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการวางแผนการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ตามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล คือ ด้านการดูแลจัดการเกี่ยวกับยาที่รับประทาน การดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การดูแลทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ การฟื้นฟูสภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย และความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้นนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการครบในทุก ๆ ด้าน

1.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ และทักษะเพื่อให้การดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล

1.3 ควรมีการแบ่งระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุ เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นที่ต่างกันมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันด้วย ตัวอย่างเช่น แบ่งผู้สูงอายุเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับมากถึงปานกลาง กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในระดับน้อย และกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

1.4 ควรมีการประเมินระดับเขาวนปัญญา ระดับภาวะซึมเศร้า เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงกับภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถจัดบริการให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

จากผลการวิจัยควรมีการกำหนด และวางแผนการบริการที่ตอบสนองความต้องการ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล รวมทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ความพร้อมของสถานบริบาล บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ และความพร้อมในการให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ที่มีมาตรฐานที่ดีเพื่อรองรับผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งควรมีการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและเอกชน เช่น ศึกษาการจัดการวางแผนกำลังคน ในด้านอัตราจำนวนบุคลากรต่อจำนวนผู้พักอาศัยในสถานบริบาล เพื่อให้มีจำนวนบุคลากรเหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล หรือศึกษาบทบาทของพยาบาลในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อเป็นการเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการให้บริการผู้รับบริการที่มีความแตกต่างจากสถานบริการฉุกเฉิน

3. ด้านการวิจัย

3.1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษารูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล

3.2 ควรมีการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาลทั้งในระดับภาค และระดับประเทศ และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพพร้อมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก สะท้อนให้เห็นความต้องการของผู้สูงอายุได้ชัดเจน ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น รวมทั้งให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงไปถึงประชากรได้กว้างขวางขึ้น

3.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านสมรรถนะของบุคลากร

3.4 ควรมีการศึกษาการพัฒนามาตรฐานการบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาส์ตย์. 2548. การทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในประเทศต่าง ๆ. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- เกียรติชัย วีระภูณนนท์. 2549. กลยุทธ์การพัฒนานวัตกรรมการธุรกิจบริการสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการจัดการธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- กระทรวงมหาดไทย กรมประชาสงเคราะห์. 2530. แผนประชาสงเคราะห์แม่บทฉบับที่ 2 พ.ศ. 2530 - 2534. กรุงเทพมหานคร : กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2551. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. 2537. แบบประเมินความเศร้าผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช 46 (1): 1 – 9.
- เกษม ตันติผลลาชีวะ และกุลยา ตันติผลลาชีวะ. 2528. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- กองประกอบโรคศิลปะ. 2549. สถานพยาบาลเอกชน[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://mrdhss.moph.go.th/Admin/filestat/11.xls> [12 มกราคม 2550].
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2549. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- จิตรา ศิริสมบุญรัตน์ลาภ. 2537. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมโนภาพแห่งตนของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- จันทน์นิภา ตันภูมิประเทศ. 2543. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการที่สถานอนามัยของประชาชนในตำบลวังหิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จันทร์รัตน์ ระเบียบโลก. 2542. สภาวะประชากรโลกปี 2541 วิทยุกับผู้สูงอายุ. วารสารวางแผนครอบครัวและประชากร 2: 7 -14.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2540. การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: สำนักพิมพ์แห่งสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- จรัสวรรณ เทียนประภาศ. 2536. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.
- दनัย ถิวันดา และมลลูลี แสนใจ. 2002. บทบาท ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7. วารสารส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย: 62 – 72.
- ทิพวรรณ วีระกุล. 2548. การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย คณบดีรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภา สุทธะตัง. 2547. ความต้องการของผู้รับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งยั้ง จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิกา ส.ตุ่มรสุนทร และนางลักษณ์ เอมประดิษฐ์. 2538. รูปลักษณะการจัดบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุของสถานสงเคราะห์ภาคีรัฐบาลและเอกชนในอนาคต. รายงานวิจัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นภาพร ชโยวรรณ. 2542. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. ในหนังสือประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ, “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ” พศ.2542, 13-17. กรุงเทพมหานคร : กรมประชาสงเคราะห์.
- นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น ชโนเดล. 2539. รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. สรุปผลโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารประชากรศาสตร์ 3(1): 95-101.
- นิตา ชูโต. 2525. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิติตปริญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. 2549. แหล่งประโยชน์เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุ (รายงานการศึกษาระดับปริญญาการพยาบาลผู้สูงอายุ). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. 2550. ปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาวของผู้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 8 (มกราคม-มีนาคม): 25-40.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2542. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. 2531. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: ไรศพิมพ์วิญญาน.
- บุษยามาส สีนุประพา. 2539. สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์สมพรการพิมพ์.
- ประพิณ วัฒนกิจ. 2531. “มโนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ”. วารสารกองการพยาบาล 15: 8-12.
- ประสพ รัตนากร. 2526. “สุขภาพจิตผู้สูงอายุ” การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประสพ รัตนากร. 2534. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมวุฒิสภา.
- ประเสริฐ บุญเกิด. 2546. แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม (Clinical Practice Guideline for Dementia). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา.
- ฝน แสงสิงแก้ว. 2526. ข้อคิดบางประการในเรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: บ้านบางแค.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแสง. 2535. วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: อัสลาห์เพรส.
- พจนา สมุทร์ตัน. 2549. ความต้องการบริการสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแก่ง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลา, ลินี กมลนาวิน และประเสริฐ รักไทยดี. 2523. ความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. 2528. ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุ. สถาบันประชากรศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เยาวรักษ์ ปรปักษ์ขาม และสุภัตรา อติโพธิ์. 2543. รายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพและ
แนวโน้มของประชากรสูงอายุ. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน:
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตสถาน. 2531. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- วิฑูรย์ แสงสิงแก้ว. 2533. “แผนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ”. วารสารสุขภาพศึกษา: พลศึกษา
สันตนาการ 7: 4.
- วันดี โภคะกุล และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. 2548. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรค
ผู้สูงอายุสำหรับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ :
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิภาวี กิจกำแหง. 2548. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.
- วราคม ทีสุกะ. 2544. สังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร: พัฒนาศึกษา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และพรทิพา สมบัติ. 2545.
ระบบบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศสิงคโปร์. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และมาริสรา ไกรฤกษ์. 2545. ระบบบริการสุขภาพ
และหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศสหราชอาณาจักร. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- วรรณนิภา บุญระยอง. 2544. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อมต่อการเกิด
อุบัติเหตุของผู้สูงอายุและกลยุทธ์ในการจัดการปัญหา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2528. การพยาบาลผู้สูงอายุในภาวะปกติ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 3(4) :
319-327.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และลิวรรณ ชุมนนารักษ์. 2543. ความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม
และความต้องการของบุคคลก่อนวัยเกษียณ. วารสารพญุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม): 8-14.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. 2549. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ และคณะ. 2547. การศึกษาความพึงพอใจในชีวิต การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าและระดับการช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุพื้นที่ 3 ในเขตอำเภอ พยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารพยาบาลทหารบก 5 (1): 32 – 47.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. 2549. รายงานวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. 2550. รายงานวิจัยโครงการทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “ระบบสถานพยาบาลผู้สูงอายุ”. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2534. แนวทางการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2542. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2548. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2549. โครงการวิจัย เรื่อง การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2537. ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร 38: 493-7.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543. ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(2): 3 – 4.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. การดูแลระยะยาว (Long-term care) สิ่งที่เกี่ยวข้องในด้านผู้สูงอายุควรรอบ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(2): 4.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545. การดูแลระยะยาว (Long term care) และทิศทางนโยบายที่ควรจะเป็นสำหรับประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3(4): 40 – 42.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545. มโนทัศน์ของวัยสูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชัยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, ผู้สูงอายุในประเทศไทย, 44-45. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิภูธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2542. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พันธิชิ่ง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชัยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ. 2545. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันทัต เสริมศรี. 2539. ประชากรศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. 2548. ความต้องการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง. ใน โครงการประชุมวิชาการ. "การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง : บทบาทใหม่ที่ท้าทายของพยาบาล", 23-27. ณ โรงแรมทาวนอินทาวน์ พัทยา จังหวัดชลบุรี.
- สุนันทา ทองพัฒน์. 2540. ความต้องการการดูแล และการได้รับความช่วยเหลือที่บ้าน การรับรู้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองและผู้ให้การดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลลา.
- สุรกุล เจนอบรม. 2534. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ และทิพวรรณ อิศรพัฒนาสกุล. 2540. การศึกษาวิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 20(2): 1-9.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. 2543. การปฏิรูประบบสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: งานสำมะโนประชากรและเคหะ ฝ่ายสถิติประชากรและเคหะ กองสถิติสังคม.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. 2550. การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล (เอกสารคำสอน). คณะพยาบาลศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอมอร จังศิริพรภรณ์. 2550. สถิติประยุกต์ทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Achintya, N. and Dey, A. M. 1997. Characteristics of elderly nursing home residents: data from the 1995 national nursing home survey (Advance data from vital and health statistics). Maryland: Center for Health Statistics.
- Anderson. 1971. Newton' geriatric nursing. Sain Louise: The C.V. Proosby.
- Anderson, R.M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: dose it matter?. Journal of Health and Behavior 36(3): 1-10.
- Ang, Y. H., et al. 2006. Functional decline of the elderly in a nursing home. Singapore Medical Journal 47(3): 219.
- Babbington, A., et al. 2001. Care homes for older people. Personal Social Services Research Unit: 1-114.
- Bantinx, F., et al. 2004. Options for a new procedure for determining care needs in Belgium: An initial exploration. Arch Public Health 62: 173 – 184.
- Beaudin, L.B., and Pelletier, L.R. 1996. Customer – base research: using focus group as method for evaluation quality of care. Journal of Nursing Care Quality 10 (April): 28 – 33.
- Brown, J.G. 2001. Nursing home resident assessment. Department of Health & Human Service: USA.
- Burgress, A.W. 1990. Mental health function and dysfunction: psychiatric nursing in the hospital and community. 5th ed. California: Appleton and Large.
- Carpenter, I., et al. 2002. Identification of registered nursing care of residents in English nursing home using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and resource Utilization Groups Version 3 (PUG-3). Age and Ageing 32(3): 279-285.
- Carpenter, I., et al. 2006. Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. BMC Geriatrics 6(7): 1-8.
- Caywood, H. 1998. Changes in the nursing home resident profile from the 1973 - 74, and 1995 national nursing home survey. USA: Nursing Home & Long Term care topics.

- Celia, S., and Gabrel, M. S. 2000. Characteristics of elderly nursing home current residents and discharges: data from the 1997 national nursing home survey. Maryland: National Center for Health Statistics.
- Challis, D., et al. 2000. Dependency in older people recently admitted to care homes. Age and Ageing 29: 255–260.
- Chan, A. 1998. “An overview of the living arrangement and social support exchange of older Singaporeans” in economic and social commission for Asia and the Pacific. Asia-Pacific Population Journal 12(4): 1-9.
- Chan, K.M., Wong, S.F., and Yoong, T. 1998. Nursing home applications: reasons and possible interventions. Singapore Medical Journal 39(10): 451-5.
- Chuan, T. L., et al. 2004. Care needs of residents in community-based long-term care facilities in Taiwan. Journal of Clinical Nursing 14: 711–718.
- Cohen, J. 2007. Characteristics of adult day care participants who enter a nursing home. Psychology and Aging 22(2): 354–360.
- Dimech, J., and Fiorini, A. 2003. Pre-admission assessment of elderly applicants to long-term care. Malta Medical Journal 15(2): 28 - 30.
- Ebersole, P. and Hess, P. 2004. Towards healthy aging. 6th ed. Mosby: Affiliate of Elsevier.
- Gallo, J.J., et al. 1999. Reichel's Care of the Elderly Clinical Aspects Of Aging. 5th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Grundy, E., and Jitlal, M. 2007. Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991-2001: A record linkage study from England and Wales. Age and Ageing 36: 424-430.
- Gwendolen, T.B., et al. 2006. Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. The Gerontological Society of America 46(1): 52-61.
- Hall, D.A. 1976. The Aging of connective tissue. New York: Academic Press.
- Han, K.H., et al. 2002. Factors associated with ADL dependence: A comparative study of residential care home and community dwelling elderly in Japan. Geriatrics and Gerontology International 2: 80-86.

- Hawes, C., et al. 1995. Reliability estimates for the minimum data set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). The Gerontological Society of America 35(2): 172-178.
- Hawes, C., et al. 1997. Development of the nursing home residents assessment instrument in the USA. Age and Ageing 27: 19-25.
- Houde, S.C. 1998. Predictors of elders' and family caregivers' use of formal home service. Research in Nursing & Health: 533 – 543.
- Jane, N.B., et al. 2006. Differences between newly admitted nursing home residents in rural and non rural areas in a national sample. The Gerontological Society of America 46 (1): 33-41.
- Jitapunkuls and Bunnags. 1998. Ageing in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine.
- Kathleen, M., et al. 1996. The influence of community context on the decision to enter a nursing home. Journal of Aging Studies 10(3): 237-254.
- Kavaler, F., and Spiegel, A.D. 1997. Risk management in health care institutions. USA : Lones and Bartlett Publishers.
- Laukkanen, P. 2000. Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. Journal of Clinical Epidemiology 53: 257–265.
- Lee, T., et al. 2001. Factors influencing long- term home care utilization by the older population: implication for targeting. Public Health Nursing 18: 443-449.
- Leung, J.Y.Y., et al. 2000. Private nursing home resident in Hong Kong – how frail are they and their need for hospital services. Journal of the Hong Kong Geriatrics Society 10(2): 65 – 69.
- Mahoney, J., et al. 2000. Problems of older adults living alone after hospitalization. Journal of General Internal Medicine 15: 611-619.
- Mario, M., et al. 1995. Health and functional status in elderly patients living in nursing Homes. Archives of Gerontology and Geriatrics 21: 267-276.
- Mary, E.Q., et al. 1999. Health characteristics of elderly personal care home residents. Journal of Advanced Nursing 30(2): 410-417.
- Maslow, T. 2000. Human behavior. New Jersey: Mc-Graw Hill.

- Mathy, M. 2003. Geriatric nursing protocols for best practice. 2nd ed. U.S.A.: Springer Publishing Company.
- Matthew, K. 2007. Care needs of higher - functioning in nursing home residents. Journal of the American Medical Directors Association (July): 409-412.
- Mildred, O.H., et al. 1994. Nursing care of the older adult. 3rd ed. USA: Delmar Publishers.
- Miller, J.F. 1995. Coping with chronic illness. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Morris, J.N., et al. 1997. Quality care in the nursing home. St. Louis: Mosby Lifeline.
- Nazarko, L. 2002. Nursing in care home. 2nd ed. Australia: Backwell Science.
- Nishiwaki, T., et al. 2005. Health characteristics of elderly Japanese requiring care at nursing home. Tohoku Journal 205(3): 205(3).
- Osterweil, D., et al. 2000. Comprehensive geriatric assessment. USA: McGraw – Hill.
- Quinn, M. E. 1999. Health characteristics of elderly personal care home residents. Journal of Advanced Nursing 30(2): 410-417.
- Rachel, F., et al. 1994. Predicting the risk of "permanent nursing home residence: the role of community help as indicated by family helpers and prior living arrangements. Health Services Research 29: 4.
- Rantz, M.J., et al. 1998. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model. Journal of Nursing Care Quality 12 (February): 30 - 46.
- Rantz, M.J., et al. 1999. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the view of customers and providers. Journal of Nursing Care Quality 14 (October): 16 - 37.
- Ribbe, M.W., et al. 1997. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and setting. Age and Ageing 26-S2: 3-12.
- Robert, L.K., et.al. 1994. Essentials of clinical geriatrics. Singapore: McGraw – Hill.
- Rothera, I., et al. 2003. Health status and assessed need for a cohort of older people admitted to nursing and residential homes. Age and Ageing 32: 303–309.
- Sahyoun, N.R., et al. 2001. The changing profile of nursing home residents:1981-1997. Aging Trends 4: 1-8.
- Sim, M.B. & Leung, M.B. 2000. Geriatrics care for residents of private nursing home. Journal of the Hong Kong Geriatrics Society 10(2): 84-89.

- Sitoh, Y. Y. 2003. Nursing homes in Singapore: A quiet evolution. Singapore Medical Journal 44(2): 57-59.
- Slade, A., et al. 2006. Identifying patients at risk of nursing home admission: The Leeds elderly assessment dependency screening tool (LEADS). BMC Health Services Research 6(31): 1 – 9.
- Stoller, E.P., and Puglisi, K.L. 1991. Size and effectiveness of informal helping networks: A plan study of older people in the community. Journal of Health and Social Behavior 32: 180-191.
- Susan, M., et al. 2006. Informal caregivers and the risk of nursing home admission among individuals enrolled in the program of all-inclusive care for the elderly. The Gerontological Society of America 46(4): 456-463.
- Teresa, C., et al. 2000. The yield of minimum data set - resident assessment instrument (MDS-RAI) in a long term care facility in the Philippines. Journal Internal Medicine 38: 205 – 210.
- Tom, P. 2003. Re – imagine. Donnelley: Singapore.
- Tomiak, M., et al. 2000. Factors associated with nursing - home entry for elders in Manitoba, Canada. Journal of Gerontology 55(5): 55-65.
- Turrell, A. 2001. Nursing home : A suitable alternative to hospital care for older people in the UK?. Age and Ageing 30: 24-32.
- United Nations. 1996. Lifelong preparation for old age in Asia and the Pacific. New York: Economic and Social Commission.
- Victor, C.R., and Higginson, I. 1994. Effectiveness of care for the elderly people: a Review. Quality in Health Care: 210 – 216.
- Weatherall, M., et al. 2004. Risk factors for entry into residential care after a support needs assessment. New Zealand Medical Journal 24(117): 1 – 6.
- Wegner, G.D., and Alexander R.J. 1993. Reading in family nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Williams, E.S., et al. 1995. Using mortality data to describe geographic variations in health status at sub-district level. Public Health 109: 67-73.
- Williams, J., et al. 2005. Consumer behavior and care homes - a literature assessment. Office of Fair Trading: 1 – 62.

Williams, R.L. 2001. Quality of life for older people : an international perspective.
U.S.A: Prentice Hall.

World Health Organization. 1988. The world health report: life in the 21st century
“A vision for all”. Geneva: World Health Organization.

Yaffe, K., et al. 2002. Patient and caregiver characteristics and Nursing Home
placement in patients with dementia. Journal of the American Medical
Association 287(16): 2090–2097.

Yap, L. K. P., et al. 2003. Who are the residents of a nursing home in Singapore.
Singapore Medical Journal 44(2): 65-7.

Yeh, S. J., et al. 2003. Influence of social support on cognitive function in the elderly.
BMC Health Services Research 3: 1-9.

Yura, H., and Walsh, M. 1983. The nursing process. 4th ed. New York: Century Crofts.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พันโท นายแพทย์เฉลิมชาติ วรรณพฤษ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดชะฮีเนียร์
อ.ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ.ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นางสาวสุณี สุวรรณพสุ	พยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย
นางสาวชุลี ภูทอง	พยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เอกสารขอความร่วมมือในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

เนื่องด้วย นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมี ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผศ. ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผศ. ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ที่อนิสิต

นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท โทร. 08-9167-4259

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตทดลองใช้เครื่องมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดอะซีเนียร์

เนื่องด้วย นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมีผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยโดยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้ นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท ได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผศ. ดร. พิชญากรณ์ มูลศิลป์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท โทร. 08-9167-4259

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2551

เรื่อง ขอลาอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถานพยาบาลนครินทร์เชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล” โดยมีผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยในสถานบริบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล และแบบสอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ให้ นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผศ. ดร. พิชญากรณ์ มุลศิลป์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9814

ที่หนังสือ

นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท โทร. 08-9167-4259



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล
3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย
5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)
6. แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป

เลขที่แบบสอบถาม _____

วันที่เก็บข้อมูล ____/____/ 2551

สถานที่เก็บข้อมูล _____

ระยะเวลาเข้าพัก _____ ปี _____ เดือน (เข้าพักเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____)

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว _____ นามสกุล _____

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ให้ตรงกับความเป็นจริงและเติมคำในช่องว่างให้ได้ข้อความที่สมบูรณ์ที่สุด

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

() 1 ชาย

() 2 หญิง

2. อายุ

() 1 60 – 74 ปี

() 2 75 – 84 ปี

() 3 85 ปีหรือมากกว่า

3. สถานภาพสมรส

.....

.....

17. ปัจจุบันนี้ท่านได้รับยาที่ชนิด (ให้จดจำนวนชนิด) มียาอะไรบ้าง

() 1 ไม่กินยา

() 2 กินยา ระบุ

() 3 ยาดตามแพทย์สั่ง.....ชนิด

() 4 ยาที่ซื้อมาให้กินเอง ระบุ.....ชนิด

() 5 อื่นๆ.....ชนิด

ศูนย์วิจัยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์ ความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงความต้องการของท่านเมื่อพักอาศัยในสถานบริบาล มีจำนวน 5 ข้อ โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สูงอายุฟัง โดยให้ท่านมีความเป็นอิสระในการตอบคำถามที่ตรงกับความเข้าใจและความเห็นมากที่สุด เกี่ยวกับความต้องการของท่านในสถานบริบาล

1. ท่านคิดว่าคนส่วนใหญ่ที่เข้าพักในสถานบริบาลต้องการอะไรและท่านต้องการอะไร

.....

.....

.....

2. ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับ สถานที่ การบริการ ประโยชน์ ในการเข้าพักอาศัยในสถานบริบาล

.....

.....

.....

3. ท่านคาดหวังอะไรบ้างกับการเข้ามาอยู่ที่นี่

.....

.....

.....

4. ความคาดหวังของท่านได้รับการตอบสนองแล้วหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

5. ท่านคิดว่าสถานบริบาลน่าจะมีลักษณะอย่างไร และควรให้บริการอย่างไร

.....

.....

.....

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เลขที่แบบประเมิน ____ _ _

วันที่เก็บข้อมูล ____ / ____ / 2551

ตอนที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน The Barthel Index

เรื่อง	ไม่สามารถทำได้เลย	ต้องการความช่วยเหลือเกือบทั้งหมด	ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง	ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย	สามารถทำได้เอง
1. การทำความสะอาดส่วนตัว					
2. การอาบน้ำให้ตนเอง					
3. การทานอาหาร					
.					
.					
.					
.					
.					
9. การเดิน					
10. การเคลื่อนย้ายระหว่างเก้าอี้กับเตียงนอน					

รวม _____ คะแนน

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้
ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

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

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร

1.2 วันนี้วันอะไร

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร

1.4 ปีนี้ ปีอะไร

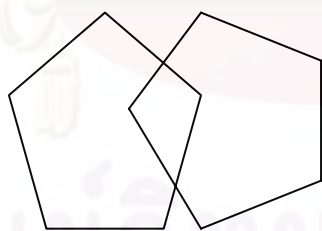
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

.
. .
. .
. .

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง"

(ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม _____

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว) _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

ชื่อ – สกุล _____ เพศ _____ อายุ _____

วันที่ _____

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดและประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ใช่ ไม่ใช่ คะแนน

- | | | | |
|---|-------|-------|-------|
| 1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้ | ..... | ..... | ..... |
| 2. คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ | ..... | ..... | ..... |
| 3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร | ..... | ..... | ..... |
| | | | |
| | | | |
| 20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ | ..... | ..... | ..... |
| 21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น | ..... | ..... | ..... |
| 22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง | ..... | ..... | ..... |
| | | | |
| | | | |
| 28. คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น | ..... | ..... | ..... |
| 29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว | ..... | ..... | ..... |
| 30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน | ..... | ..... | ..... |

รวม

ผู้ตรวจ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

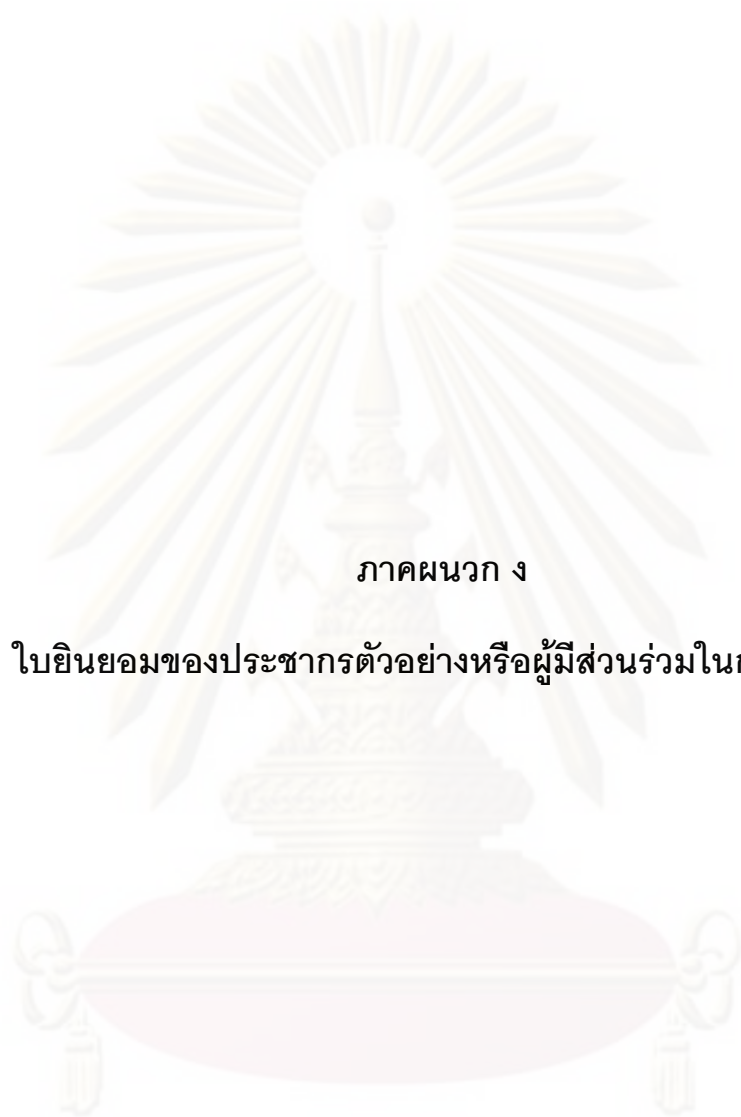
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ที่ผู้สูงอายุตอบคำถาม โดยให้คำตอบตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งมีเกณฑ์การตอบดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	ต้องการมากที่สุด
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ต้องการมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ต้องการปานกลาง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ต้องการน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ต้องการน้อยที่สุด

ความต้องการของผู้สูงอายุ	5	4	3	2	1
ท่านต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในเรื่องต่อไปนี้ในระดับใด					
1. การทำความสะอาดร่างกาย					
2. ผู้ช่วยเหลือในการป้อนอาหาร					
.					
.					
.					
.					
ท่านมีความต้องการการดูแลความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้ในระดับใด					
22. การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ					
23. การใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเมื่อท่านมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ					
.					
.					
.					
26. การดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม					



ภาคผนวก ง

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร
และปริมณฑล

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาว พันธิทิพย์ วรวาท ที่อยู่ 115 หมู่ที่ 11 ถ.
พหลโยธิน ต. หนองกรด อ.เมือง จ. นครสวรรค์ 60240 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึง
วัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยซึ่งประกอบด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม
และแบบประเมินเป็นรายบุคคลในเรื่องการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริบาลเขต
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม
วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัย
รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่

(นางสาว พันธิทิพย์ วรวาท)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

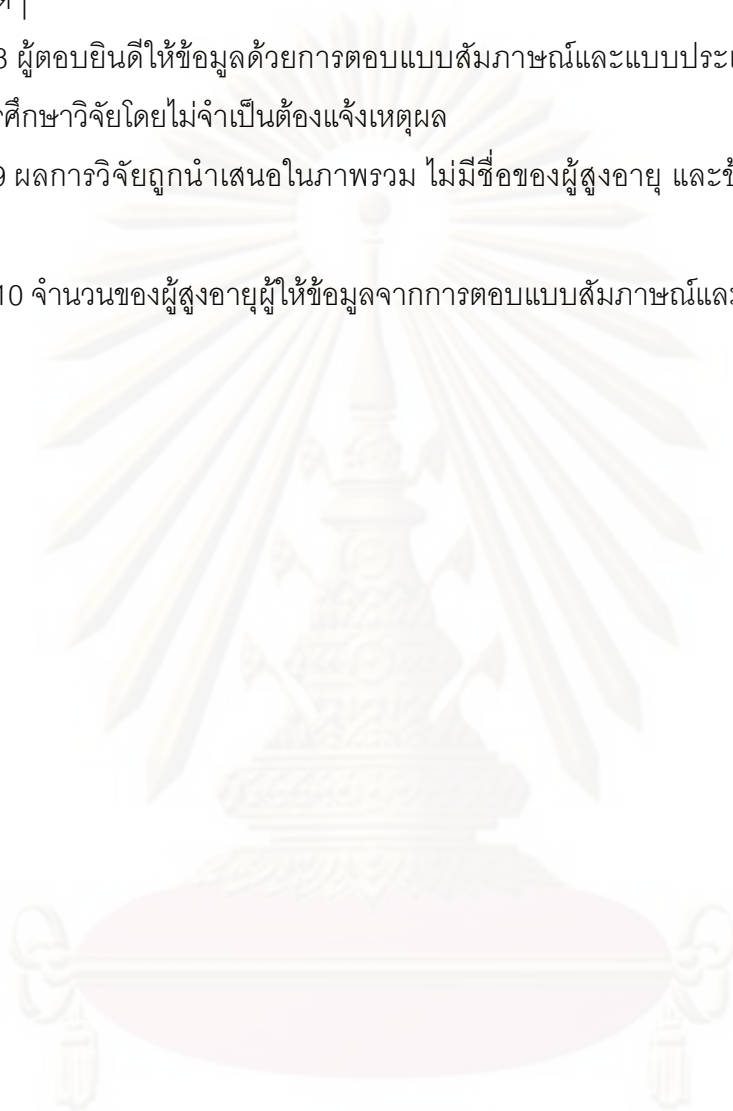
สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลที่เหมาะสมตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุรวมทั้งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานบริบาลต่อไป

4.7 การให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆและไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

4.8 ผู้ตอบยินดีให้ข้อมูลด้วยการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการศึกษาวិจัยโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

4.9 ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม ไม่มีชื่อของผู้สูงอายุ และข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ

4.10 จำนวนของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลจากการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบประเมิน จำนวน 140 คน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล โดยมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficie)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(\frac{1 - \sum s_i^2}{s^2} \right)$$

เมื่อ	α	คือ ค่าความสอดคล้องภายใน
	n	คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$\sum s_i^2$	คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	s^2	คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับภาวะซึมเศร้า การรับรู้ด้านเขาวงกตปัญหา และระดับความต้องการของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล

2.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100 \%$$

เมื่อ	P	คือ ค่าร้อยละ
	f	คือ ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ จำนวนรวมทั้งหมด

2.2 ค่าเฉลี่ยใช้สูตร

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

เมื่อ \bar{X} คือ ค่าเฉลี่ย
 $\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 n คือ จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

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

เมื่อ SD คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
 $\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 n คือ จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.4 สถิติทดสอบค่าที ใช้สูตร

ความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

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

เมื่อ \bar{X}_1, \bar{X}_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2
 s_1^2, s_2^2 คือ ค่าความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2
 s_p^2 คือ ค่าความแปรปรวนรวม
 df คือ จำนวนค่าที่มีอิสระ

2.5 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance (ANOVA))

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

เมื่อ MS_B คือ ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_W คือ ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

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

เมื่อ SS_B คือ ผลรวมกำลังสองระหว่างกลุ่ม

df คือ จำนวนที่มีค่าอิสระ = $k - 1$ (k คือจำนวนกลุ่ม)

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

เมื่อ SS_W คือ ผลรวมกำลังสองภายในกลุ่ม

Df คือ จำนวนค่าที่มีอิสระ = $N - k$ (N คือขนาดตัวอย่างทั้งหมด)

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 38 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลเอกชน จำแนกตามเพศ

เพศ	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					รวม
	พึงพาผู้อื่น ทั้งหมด	พึ่งพาผู้อื่น มาก	พึ่งพาผู้อื่น ปานกลาง	พึ่งพาผู้อื่น น้อย	พึ่งพาผู้อื่น น้อยที่สุด	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ชาย	27 (44.3)	15 (24.6)	7 (11.5)	6 (9.8)	6 (9.8)	61(100%)
หญิง	37 (46.8)	15 (19.0)	10 (12.7)	8 (10.1)	9 (14.4)	79 (100%)
รวม	64 (45.7)	30 (21.4)	17 (12.1)	14 (10.0)	15 (10.7)	140 (100%)

ตารางที่ 39 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลเอกชน จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					รวม
	พึ่งพาผู้อื่น ทั้งหมด	พึ่งพาผู้อื่น มาก	พึ่งพาผู้อื่น ปานกลาง	พึ่งพาผู้อื่น น้อย	พึ่งพาผู้อื่น น้อย	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
60 – 74 ปี	23 (42.6)	13 (24.1)	7 (13.0)	4 (7.4)	7 (13.0)	54 (100%)
75 – 84 ปี	21 (43.8)	11 (22.9)	6 (12.5)	5 (10.4)	5 (10.4)	48 (100%)
มากกว่า 85 ปี	20 (52.6)	6 (15.8)	4 (10.5)	5 (13.2)	3 (7.9)	38 (100%)
รวม	64 (45.7)	30 (21.4)	17 (12.1)	14 (10.0)	15 (10.7.6)	140 (100%)

ตารางที่ 40 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสถานภาพสมรส

กลุ่มอายุ	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					รวม
	พึงพาผู้อื่น ทั้งหมด	พึ่งพาผู้อื่น มาก	พึ่งพาผู้อื่น ปานกลาง	พึ่งพาผู้อื่น น้อย	พึ่งพาผู้อื่น น้อยที่สุด	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
โสด	11 (39.3)	7(25.0)	7 (25.0)	1 (3.6)	2 (7.1)	28 (100%)
สมรส	18 (45.0)	9 (22.5)	4 (10.0)	5 (12.5)	4 (10.0)	40 (100%)
หม้าย	35 (35.0)	14 (44.1)	6 (32.4)	8 (35.3)	9 (36.8)	72 (100%)
รวม	64 (45.7)	30 (21.4)	17(12.1)	14 (10.0)	15 (10.7)	140 (100%)

ตารางที่ 41 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลเอกชน จำแนกตามสภาพความเป็นอยู่

สภาพความเป็นอยู่	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					รวม
	พึ่งพาผู้อื่น ทั้งหมด	พึ่งพาผู้อื่น มาก	พึ่งพาผู้อื่น ปานกลาง	พึ่งพาผู้อื่น น้อย	พึ่งพาผู้อื่น น้อยที่สุด	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
อยู่คนเดียว	10 (37.0)	6 (22.2)	5 (18.5)	2 (39.3)	4 (39.3)	27 (100%)
อยู่กับคู่สมรส	16 (43.2)	7 (18.9)	4 (10.8)	5 (39.3)	5 (39.3)	37 (100%)
อยู่กับบุตร หลาน ญาติ	36 (49.3)	16 (21.9)	8 (11.0)	7 (39.3)	6 (39.3)	73 (100%)
อยู่สถานบริบาลอื่น	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100%)
รวม	64 (39.3)	30 (39.3)	17 (39.3)	14 (39.3)	15 (39.3)	140 (100%)

ตารางที่ 42 จำนวน ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พักอาศัยใน
สถานบริบาลเอกชน จำแนกตามภาวะความเจ็บป่วย

ภาวะความเจ็บป่วย	ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					รวม
	พึ่งพาผู้อื่น ทั้งหมด	พึ่งพาผู้อื่น มาก	พึ่งพาผู้อื่น ปานกลาง	พึ่งพาผู้อื่น น้อย	พึ่งพาผู้อื่น น้อยที่สุด	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
1 โรค	22 (50.0)	8 (18.2)	3 (6.8)	4 (9.1)	7 (15.9)	44 (100%)
1 โรค	29 (48.3)	15 (25.0)	7 (11.7)	7 (11.7)	2 (3.3)	60 (100%)
1 โรค	11 (37.9)	6 (20.7)	6 (20.7)	1 (3.4)	5 (17.2)	29 (100%)
4 โรคขึ้นไป	2 (28.6)	1 (14.3)	1 (14.3)	2 (28.6)	1 (14.3)	7 (100%)
รวม	64 (45.7)	30 (21.4)	17 (12.1)	14 (10.0)	15 (10.7)	140 (100%)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพันธ์ทิพย์ วรวาท เกิดวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ.2516 สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา
2539 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเดอะซีเนียร์ สาขาโรคตาภิเศก 44
กรุงเทพมหานคร และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา
2549



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย