

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยในปัจจุบัน เป็นผลจากความสำเร็จในการดำเนินงานลดอัตราการเพิ่มประชากรประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากสถิติประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 พบว่า มีประชากรสูงอายุ จำนวน 6.5 ล้านคน เป็น 7.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.6 และ 11.2 ของประชากรทั้งประเทศ ตามลำดับ และจากการคาดประมาณประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2552 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 7.3 ล้านคน หรือร้อยละ 11.5 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551, 2552)

เมื่อพิจารณารายภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด โดยจากสถิติในปี พ.ศ. 2545-2549 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.6 เป็นร้อยละ 34.9 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) และในปี พ.ศ. 2550 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.6 (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ผลจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพทั้งภาวะทุพพลภาพ อัตราการเจ็บป่วย และอัตราตายที่สูงขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Ebersole & Hess, 1990) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 13.0 ของค่าบริการสุขภาพทั้งหมด โดยการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุมีจำนวนการใช้บริการ และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่าวัยผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการครองเตียงสูงถึงร้อยละ 40.0 ในหอผู้ป่วยทั่วไป และเพิ่มสูงขึ้นในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นร้อยละ 60.0 (Fulmer et al., 2002 อ้างถึงใน วันดี โภคะกุล, 2548)

การใช้บริการสุขภาพโดยการสำรวจในระดับประเทศของไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 14.9 มีประวัติการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (Jitapunkul et al., 1998) จากการสำรวจข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 12.2 และจำนวนการเข้าอยู่รักษายังเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยผู้สูงอายุในภาคเหนือ

มีอัตราการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าทุกภาค คือ ร้อยละ 14.2 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ร้อยละ 14.0 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550)

จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในทุกปี ประกอบกับปัญหาสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนการเข้ารับบริการสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นสถานบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีวางแผนและปรับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องและตอบสนองกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุด

สุขภาพเป็นองค์รวมและความสมบูรณ์ของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุลไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552; WHO, 1986 อ้างถึงใน ภูมิฐาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและยังมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงวัยทั้งทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอย ประกอบกับพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุเกิดเป็นความสับสนในลักษณะที่ซับซ้อนและคาบเกี่ยวกันระหว่างความสูงวัย (Aging) และ โรค (Disease) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก; Schoorts, 1988)

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุนำไปสู่ความเสี่ยงของอวัยวะหรือเซลล์ต่างๆ ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะหรือเซลล์ลดลง (Dillon, 2007) ภาวะเสื่อมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความบกพร่องด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ความบกพร่องด้านสายตา พบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป จะพบความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นประมาณร้อยละ 13.0 และมีตาบอดร้อยละ 10.0 (Jerram & Newson, 2007) ความบกพร่องด้านการได้ยิน พบในกลุ่มที่มีอายุ 65-74 ปี จะมีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 30.0 และพบเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 75-79 ปี ร้อยละ 50.0 (McConnell, 1988; Swanson & Drury, 2001 อ้างถึงใน ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) สำหรับผู้สูงอายุไทย พบมีปัญหาการมองเห็นไม่ชัดร้อยละ 36.6 มองเห็นไม่ชัดทั้งในระยะใกล้และไกล ร้อยละ 13.8 การมองเห็นภาพซ้อน ร้อยละ 2.9 และมองไม่เห็นเลย ร้อยละ 1.2 ส่วนปัญหาการได้ยินพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.4 มีปัญหาการได้ยิน โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นปัญหาที่พบเพิ่มขึ้นตามอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544; Santrock, 2008) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าร้อยละ 80.0 ของผู้สูงอายุ มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ ข้ออักเสบ รูมาตอยด์ หัวใจ มะเร็ง โลหิตจาง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย อัมพฤกษ์ วัณโรค และข้อเสื่อม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550; Ebersole & Hess, 1990; Santrock, 2008) สำหรับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน โดยพบร้อยละ 51.6, 25.4 และ 14.8 ตามลำดับ (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาชัย, 2550) โรคเรื้อรังเหล่านี้ยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล ปัญหาจากโรคหรืออาการแทรกซ้อนของโรคที่พบในผู้สูงอายุยังมีผลต่อคุณภาพชีวิต และยังมีความยากลำบากในการฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548ก)

ปัญหาความเสื่อมตามวัย รวมทั้งการมีโรคเรื้อรังมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) การเจ็บป่วยเฉียบพลัน จึงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันไปตามสถานที่ศึกษา ผู้สูงอายุในชุมชนในโรงพยาบาล และในบ้านพักผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยที่คล้ายคลึงกันคือ มีอาการปวดโดยพบมากกว่าร้อยละ 50.0 ของผู้สูงอายุในทุกสถานศึกษา อาการนอนไม่หลับ หายใจลำบาก คิดขัด ใจไข้ ผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาที่มีวงเวียนศีรษะ/เป็นลม เบื่ออาหารท้องอืด ในขณะที่ผู้สูงอายุในบ้านพักผู้สูงอายุมีปัญหาท้องร่วง และผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีอาการน้ำตาไหล อ่อนแรง เดินไม่ได้ เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีปัญหาสำคัญที่จำเพาะเจาะจงและพบได้บ่อยกว่าในกลุ่มวัยอื่นซึ่งจัดว่าเป็น “ชักรุกในผู้สูงอายุ” (geriatric problem) ได้แก่ ภาวะหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการเดิน อาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ การทำหน้าที่ของสมองที่เกี่ยวข้องกับปัญญาบกร่องทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลัน หรือมีอาการเรื้อรังถึงภาวะสมองเสื่อมได้ โรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา ภาวะขาดสารอาหาร เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552ก) ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับกระบวนการสูงอายุและพยาธิสภาพของโรคในผู้สูงอายุ

ข้อมูลสำคัญอีกประการหนึ่ง ในการบอกถึงสุขภาพผู้สูงอายุ คือ วิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ร้อยละ 55-60 ของผู้สูงอายุ มีผลต่อสุขภาพ (Donatella & Davis, 1993 อ้างถึงใน เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตนพันธุ์, 2549) พฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในผู้สูงอายุไทย คือ การออกกำลังกายเป็นประจำซึ่งพบเพียงร้อยละ 41.1 การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ร้อยละ 63.1 การเข้าตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 48.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551) และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเพศ กลุ่มอายุ และสถานที่อยู่อาศัย ซึ่งพฤติกรรมการดื่มสุร่าอย่างหนักในผู้สูงอายุ พบมากในเพศชายที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 25.0 และลดลงเมื่ออายุมากขึ้น คืออายุ 70-79 ปี และอายุมากกว่า 80 ปี พบ

มีการดื่มสุราลดลงเป็นร้อยละ 18.6 และ 6.6 ตามลำดับ และผู้สูงอายุเพศหญิงดื่มสุราน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกกลุ่มวัย (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธุ์, 2549)

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมประกอบกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ล้วนมีผลต่อระดับความสามารถของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการกรรมการดูแลตนเอง กิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน และกิจกรรมทางสังคม (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธุ์, 2549) ระดับความสามารถในเชิงปฏิบัติเป็นตัวชี้วัดภาวะพึ่งพาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ และยังบ่งบอกถึงระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุได้อีกทางหนึ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสเสี่ยงต่อการลดลงของระดับความสามารถในการทำหน้าที่ เนื่องจากอาการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับทำให้ต้องนอนพักบนเตียง ภาวะที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ (Ebersole & Hess, 1990; Dharmarajan & Ghazinouri, 2003; Graf, 2006) ระดับความสามารถในเชิงปฏิบัติยังเป็นตัวที่จะบ่งบอกถึงความสำเร็จในการรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง (Graf, 2006)

สำหรับปัญหาสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงเห็นได้จากการสำรวจในระดับประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 87.0 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และเมื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.6 (วลัยพร นันทสุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และ พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, 2552) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุยังมีความแตกต่างกันตามบริบทต่างๆ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 37.6-50 (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; อนุรักษ์ บัณฑิตชาติ และคณะ, 2542) ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 61.7 ในจำนวนนี้เป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 37.5 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 21.7 และภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับรุนแรง ร้อยละ 2.5 (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.1 ในจำนวนนี้เป็นภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.0 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 7.7 และภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับรุนแรง ร้อยละ 3.4 (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552) ทั้งนี้ปัญหาภาวะซึมเศร้าพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (วิไล คุปต์นริติชัยกุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ และ เจนจิต แสงศิรินาตะกุล, 2545)

สุขภาพทางสังคมผู้สูงอายุ หมายถึง ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการช่วยเหลือทางสังคมของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อ

การให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยแรงงานต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้อัตราการเกื้อหนุนผู้สูงอายุจากร้อยละ 7.0 ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงเป็น ร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งในปัจจุบันพบว่าแนวโน้มการอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยยังมีปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านการเงิน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) สำหรับผู้สูงอายุชายจะได้รับการดูแลจากกลุ่มสมรสมากที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงจะได้รับการดูแลจากบุตร ที่สำคัญพบผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกันถึงร้อยละ 17.0 (อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ, 2547) ดังนั้นปัจจุบันปัญหาการขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น

จังหวัดบุรีรัมย์เป็น 1 ใน 5 ของจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงสุดในระดับประเทศ ในปีพ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้สูงอายุ 174,739 คน คิดเป็นร้อยละ 10.87 ของประชากรทั้งจังหวัด จำแนกเป็นประชากรได้เป็น ผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 63.9 ผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 28.7 และผู้สูงอายุวัยปลายอายุ ร้อยละ 7.4 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

อำเภอหนองกี่ เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่ามีความจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 พบผู้สูงอายุคิดเป็นอัตราจำนวนประชากร ร้อยละ 9.4, 9.9 และ 10.3 ตามลำดับ (รุ่งฤดี สดกลาง, ชัยยา กุญราพเนาว์ และ จันทิมา แมงกลาง, 2553) แหล่งบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 1 แห่ง สถานีอนามัย 11 แห่ง โดยขอบเขตการให้บริการครอบคลุมพื้นที่อำเภอหนองกี่ จากสถิติผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 พบว่า มีจำนวนผู้ให้บริการทั้งหมด 129,932 คน 129,875 คน 124,723 คน ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 จำนวน 6,865 คน 6,806 และ 6,915 คน ตามลำดับ (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลหนองกี่, 2551) และเมื่อพิจารณาจากสถิติการเข้าอยู่รักษาของผู้สูงอายุพบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 1,488 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 พบผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา 1,576 ครั้ง และ 1,406 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.8, 22.8 และ 20.3 ของการรับผู้ป่วยเข้าอยู่รักษาทั้งหมดตามลำดับ (ทะเบียนจำหน่ายผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองกี่, 2552) จากสถิติชี้ให้เห็นว่าจำนวนผู้ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกลดลงแต่กลับมีจำนวนผู้ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่ามีความแนวโน้มในการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น ซึ่งจากการทบทวนพบว่ายังขาดข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาลคือ มีการเก็บสถิติผู้เข้าใช้บริการสุขภาพ ที่แยกเป็นผู้ป่วย อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม และผู้ป่วยเด็ก (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลหนองกี่, 2551) แต่ไม่พบข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ (เพ็ญศิริ สันตโยภาส, 2542; จุรี จอนนุ้ย, 2544) ปัญหาการนอนหลับ (พวงพะยอม ปัญญา, ดวงฤดี ลาสุขะ และ ศิริพร เปลี่ยนผดุง, 2547) ปัญหาการหกล้ม (เพ็ญศิริ เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และ พรรณวดี พุทธวัฒน์, 2543) ปัญหาภาวะซึมเศร้า (อรพรรณ ทองแดง, ม.ป.ป.; วลัยพร นันทสุกวัฒน์ และคณะ, 2552)

การศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น การศึกษาด้านภาวะโภชนาการ (สรวงสุดา เจริญวงศ์, 2544) การศึกษาภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ (พัชรภรณ์ ฟูสกุล, 2549) ปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (สุภารัตน์ ชัยอาจ, จิราภรณ์ เดชะอุดมเดช, พิกุลบุญช่วง และ วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2550) การศึกษาภาวะซึมเศร้า (ชัชเจน จันทรพัฒน์, 2543; วิไล คุปต์นริศชัยกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และ เจนจิต แสงศิรินาคะกุล, 2545)

การศึกษาในด้านภาพรวมของสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาผู้สูงอายุระดับประเทศและเป็นการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชัย, 2547; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549; มุลนิธสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551, 2552) ในขณะที่การศึกษาภาพสุขภาพผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลที่เป็นการศึกษาภาพรวมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีเพียงงานวิจัยของ ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2552) ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

เห็นได้ว่าการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน หรือเป็นการศึกษาสุขภาพเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง และยังไม่พบว่ามีการศึกษาในภาพรวมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่การใช้สถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้สูงอายุการเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 49.6 ซึ่งมากกว่าการเข้าอยู่รักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และคณะ, 2552)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้สูงอายุโดยประสานการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สถานีอนามัย และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงภาพสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และปรับมาตรฐานการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละระดับของสถานบริการ อีกทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบและวางแผนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในหอผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่ออธิบายถึงภาพสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน
- 2.2 เพื่ออธิบายถึงภาพสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน
- 2.3 เพื่ออธิบายถึงภาพสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชน

3. คำถามในการวิจัย

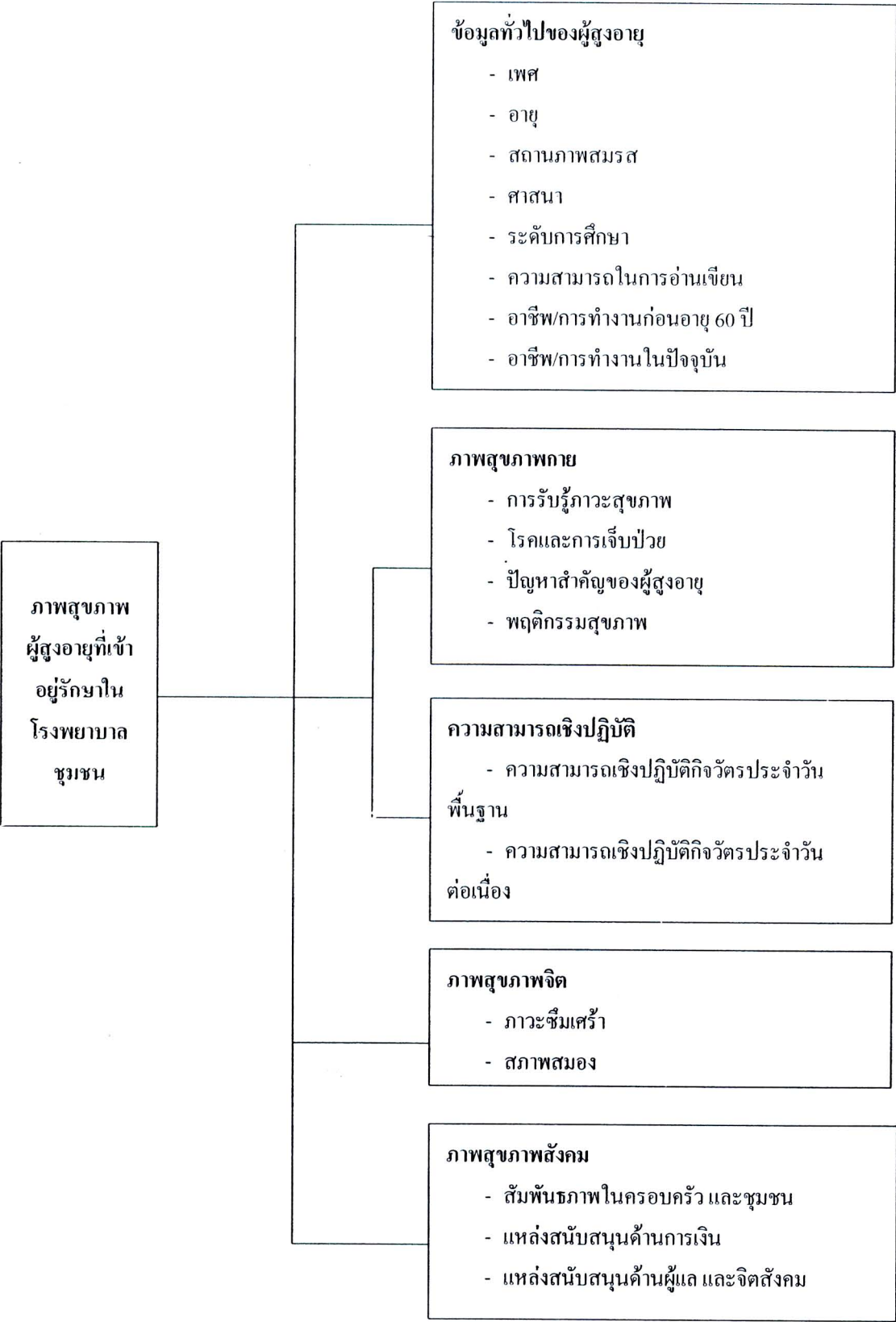
- 3.1 ภาพสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร
- 3.2 ภาพสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร
- 3.3 ภาพสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนเป็นอย่างไร

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ครอบคลุมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดของสุขภาพที่เป็นองค์รวมที่สมบูรณ์ของบุคคลทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างสมดุล รวมถึงความพิการและปราศจากโรค (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552; WHO, 1986 อ้างถึงใน ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) โดยคำนึงถึงลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ได้แก่ การมีกำลังสำรองของร่างกายที่ลดลง (Reduced body reserve) การมีลักษณะการเจ็บป่วยที่แตกต่างไป คือ อาการแสดงของโรคไม่ตรงไปตามกลุ่มโรคที่เป็น และไม่มีความจำเพาะเจาะจงต่อกลุ่มโรคใดโรคหนึ่งชัดเจน (Atypical presentation) มีกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยกว่ากลุ่มวัยอื่น (Geriatric syndrome หรือ Big I's) เช่น ภาวะหกล้ม อาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ การสูญเสียความสามารถในการเดิน ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง โรคหรืออาการข้างเคียงจากยา และภาวะขาดสารอาหาร เป็นต้น ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในหลายระบบอวัยวะของร่างกาย และเกิดขึ้นในระยะเวลาเดียวกัน (Multiple pathology) จากปัญหาการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงต้องรับประทานยาหลายชนิด (Polypharmacy) ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ง่าย ปัญหาสุขภาพร่วมกับการเปลี่ยนแปลงจากระบบการชราาร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม ยังทำให้ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น (Social adversity) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548ก; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552ก)

การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน (Comprehensive geriatric assessment) เป็นกระบวนการในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ใช้เพื่อวางแผนการดูแลติดตามและรักษาผู้สูงอายุ (รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2552ก) และเครื่องมือประเมินภาพสุขภาพของผู้สูงอายุจาก

งานวิจัยเรื่องภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการและในชุมชนของผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2552) ที่ได้รวบรวมเครื่องมือมาตรฐาน และมีการพัฒนารูปแบบในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับแต่ละบริบทของการศึกษา โดยมีเนื้อหาในการประเมินทั้งภาพสุขภาพกาย (Physical health) ภาพสุขภาพจิต (Psychological health) และภาพสุขภาพสังคม (Social health) ทั้งนี้ยังขาดภาพสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่พบเครื่องมือในการประเมินด้านจิตวิญญาณที่เป็นมาตรฐาน ประกอบกับในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงข้อมูลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้เครื่องมือในการประเมินภาพสุขภาพโดยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือในส่วนของแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาล ดังมีรายละเอียดในการประเมินดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) ภาพสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติ ได้แก่ ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง 3) ภาพสุขภาพจิต ได้แก่ สภาพสมอง และภาวะซึมเศร้า 4) ภาพสุขภาพสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และจิตสังคม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่รักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดบุรีรัมย์

6. นิยามศัพท์ในการวิจัย

6.1 ผู้สูงอายุ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป เมื่อนับตามปีปฏิทินถึงวันที่ศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยและสั่งให้เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่ทำการศึกษา

6.2 ภาพสุขภาพ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในมุมกว้าง (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552) ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม ที่มีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552; WHO, 1986 อ้างถึงใน ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่สามารถประเมินได้จากการใช้เครื่องมือประเมินภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2552) ซึ่งได้พัฒนา และรวบรวมเครื่องมือต่างๆ ในการประเมินภาพสุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

6.3 ภาพสุขภาพทางกาย (Physical health)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ภาพสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุที่สามารถประเมินได้จากการรับรู้ระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

6.4 ภาพสุขภาพทางจิต (Psychological health)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ภาพสุขภาพทางจิต ที่สามารถประเมินได้จากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (ฉบับภาษาไทย) หรือ MMSE-Thai 2002 ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537)

6.5 ภาพสุขภาพทางสังคม (Social health)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ภาพสุขภาพทางสังคมที่สามารถประเมินได้จากแบบประเมินในด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนทางจิตสังคมของผู้สูงอายุ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 7.1 ทำให้ทราบถึงข้อมูลภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา
- 7.2 ได้นำข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจเพื่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม
- 7.3 เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องในระดับโรงพยาบาลชุมชน
- 7.4 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ภาพสุขภาพผู้สูงอายุเพศชาย ภาพสุขภาพผู้สูงอายุเพศหญิง ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุวัยต้น ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุวัยกลาง และภาพสุขภาพของผู้สูงอายุวัยปลาย เป็นต้น

