

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในโลกปัจจุบันมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (WHO) (2011) ระบุว่า ประชากรสูงอายุของโลกทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเพิ่มขึ้นจาก 650 ล้านคน ในปัจจุบัน เป็น 1.2 พันล้านคนในปี 2025 และเพิ่มเป็น 2 พันล้านคน ในปี 2050 ปรากฏการณ์นี้เกิดจากการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากร ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และการบริการด้านสาธารณสุขโดยทีมสหสาขาทางการแพทย์ดูแล ผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จึงทำให้ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2543 (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจากสถิติประชากรคาดประมาณของประเทศไทย ณ กลางปี 2553 พบว่า มีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 63.89 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุ จำนวน 7.79 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.19 และพบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ผู้ชายเท่ากับ 69.5 ผู้หญิงเท่ากับ 76.3 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554) นับว่าเป็นอายุที่ยืนยาวมากขึ้นกว่าในอดีต นอกจากนี้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยังได้คาดคะเนแนวโน้มประชากรไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2558 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.2 และปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.3 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในอนาคตจะเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศและของโลก พร้อมกันนั้นจะทำให้สัดส่วนของประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุลดลง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในหลายองค์กรของไทยได้ให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ จึงได้มีการผลักดันให้มโนนโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยจัดทำแผนผู้สูงอายุและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งระยะสั้นและระยะยาวขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต

อย่างไรก็ดี การย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านกายภาพและสรีรภาพ ในทางเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ประชากรกลุ่มสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากความเสื่อมตามธรรมชาติ และผลต่อเนื่องจากโรคเรื้อรังที่เกิดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น จากการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการ ในปี พ.ศ. 2548

ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มประชากรสูงอายุมีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุดของทุกกลุ่มอายุ คือ พบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในขณะที่ภาพรวมทุกกลุ่มอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวร้อยละ 15.5 โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในภาคเหนือ เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงที่สุด คือ ร้อยละ 59.2 ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังต่ำกว่าภาคอื่น เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มอายุ 60 - 69 ปี โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 42.66 รองลงมา คือ โรคของต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 24.34 โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ร้อยละ 20.85 โรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 8.48 และจากการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เปรียบเทียบใน 3 ทศวรรษ พบว่า ในปี 2533 มีผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ จำนวน 65,544 คน ในปี 2548 มีจำนวน 128,370 คน ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 162,717 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 213,034 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทมากกว่าในเมือง (หุฬิญา โอชารส และคณะ, 2550) นภาพร ชโยวรรณ (2548) ได้ศึกษาผู้สูงอายุ จำนวน 22,835 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ มีประมาณเกือบ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบว่า ร้อยละ 2.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในภาวะทุพโภชนาการหรือทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ ร้อยละ 12.1 อยู่ในภาวะเหงา ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในชนบทมากกว่าในเมือง และพบว่า ผู้สูงอายุมีความเปราะบางด้านประชากรและสังคม ร้อยละ 0.2 มีสถานภาพ หย่า แยก และไม่มียุตร ร้อยละ 3.8 เป็นหม้ายและอยู่คนเดียว ส่วนความเปราะบางด้านเศรษฐกิจและสังคม ร้อยละ 13.7 รายได้ต่ำหรือยากจน ไม่มีงานทำ และร้อยละ 3.1 ต้องการมีงานทำแต่ไม่มีงานทำ และมีการศึกษาการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ในปี พ.ศ. 2538 เพียงร้อยละ 30.9 เท่านั้น แต่จากการสำรวจความเปราะบางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 61.9 ประเมินตนเองว่ามีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 38.1 ซึ่งในจำนวนนี้พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ โรคข้อและกระดูก ร้อยละ 11.5 รองลงมา คือ ชรา/อ่อนเพลีย/ไม่มีแรง ร้อยละ 3.8 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 1.9 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ จำนวนฟันในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ มีฟัน 20 ซี่ หรือ มากกว่า (รวมฟันปลอม) ร้อยละ 55.7 ส่วนผู้สูงอายุที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ มีร้อยละ 44.3 ส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.8 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพนั้น นอกจากเกิดจากความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ ตามธรรมชาติแล้ว ยังพบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้าน เพศ เศรษฐกิจ สถานภาพสมรส การศึกษา สังคม การมีส่วนร่วมของสังคม การขาดความรู้

ในการดูแลตนเอง และการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น การที่จะช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดภาวะพึ่งพาผู้อื่น จำเป็นต้องค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เพื่อจะได้ป้องกัน หลีกเลี่ยง หรือกำจัด ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยเชิงลบ ไม่ให้บั่นทอนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และส่งเสริมเพิ่มพูน ปัจจัยเสริม/เชิงบวก ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี ดำรงคงอยู่อย่างยั่งยืนต่อไป

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ จึงได้เลือกชุมชนในตำบลโคกโคเฒ่า ซึ่งเป็นที่ตั้งของ ศูนย์การศึกษาสุพรรณบุรี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต เป็นพื้นที่เป้าหมาย โดยการศึกษาข้อมูลของ ชุมชนและให้บริการวิชาการ เพื่อการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพชุมชนให้เข้มแข็ง

ตำบลโคกโคเฒ่า มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 26.0 ตารางกิโลเมตร แยกพื้นที่การปกครอง ออกเป็น 4 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านโคกโคเฒ่า บ้านลำยาง บ้านสามหนอง และบ้านลาดบัวขาว ประชากร ทั้งสิ้น 3,833 คน แยกเป็นชาย 1,840 คน หญิง 1,993 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ย 147.42 คน / ตารางกิโลเมตร (งานทะเบียนราษฎร จังหวัดสุพรรณบุรี, กุมภาพันธ์ 2553) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ทุกครัวเรือนมีน้ำประปาใช้บริโภค ยกเว้น 2 ครัวเรือน ในหมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 3 ในเรื่อง การสาธารณสุข มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกโคเฒ่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนขุนราม มีร้านขายยาแผนปัจจุบัน 1 แห่ง และมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 หมู่บ้าน สำหรับจำนวนผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเฒ่า สรุปรายอดปีงบประมาณ 2554 โดยองค์การบริหารส่วนตำบลโคกโคเฒ่า ในวันที่ 1 ตุลาคม 2553 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 541 คน คิดเป็นร้อยละ 14.11 ของประชากรทั้งหมดในตำบลโคกโคเฒ่า และจากการสำรวจสถิติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในเบื้องต้น จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเฒ่า พบว่า มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 120 คน และในจำนวนนี้เป็นโรคเรื้อรังคนละ 2 โรคขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 30 โรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุตำบลโคกโคเฒ่า ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง และอัมพฤกษ์/อัมพาต

คณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นคณาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อสร้างศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมและดูแลรักษาสุขภาพ ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีมีศักยภาพ มีความสามารถในการ ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และร่วมเป็นพลังในการสร้างสรรค์ความมั่นคงของสังคม และประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ทำการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ใน 4 หมู่บ้าน ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยกำหนดวิธีการ และเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ในบทที่ 3
2. ตัวแปร ในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งออกได้คั้งนี้
 - 2.1 ตัวแปรต้น (Independent variable) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่
 - 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - (1) อายุ
 - (2) เพศ
 - (3) สถานภาพสมรส
 - (4) ระดับการศึกษา
 - (5) ความสามารถในการอ่านเขียน
 - (6) การงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้
 - (7) รายได้
 - (8) ความเพียงพอของรายได้
 - 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - (1) ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย
 - (2) ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ
 - (3) การดูแลช่วยเหลือ
 - (4) การใช้แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน
 - (5) การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำชุมชนหรือผู้แทน
 - (6) สิ่งแวดล้อมในชุมชน
 - (7) หมู่บ้านที่อยู่อาศัย

- 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง 10 ข้อ ประกอบด้วย
- (1) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร
 - (2) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอากาศ
 - (3) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านออกกำลังกาย
 - (4) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอุจจาระ
 - (5) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัย (ช่องปาก)
 - (6) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอุบัติเหตุ (การป้องกัน)
 - (7) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์
 - (8) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอดิเรก
 - (9) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอบอุ่น
 - (10) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนาคต

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent variable) ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกำหนดว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพเป็นไปตาม “มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์” ของกระทรวงสาธารณสุข คือ มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ 1) มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ปี 3) มีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ซึ่งคณะผู้วิจัยแบ่งภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

- ด้านที่ 1 ด้านดัชนีมวลกาย
- ด้านที่ 2 ด้านการมีพันธุกรรม 20 ปี
- ด้านที่ 3 ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ
- ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพจิต
- ด้านที่ 5 ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค (สุขภาพกาย)

3. ระยะเวลาในการศึกษา เริ่มตั้งแต่ 11 เมษายน 2554 ถึง 23 กรกฎาคม 2554

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทาง ในการวางแผนสร้างเสริมและดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเตมาต่อไป
2. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรในสถาบัน กับประชาชน บุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในตำบลโคกโคเตมา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือ ในการพัฒนาศักยภาพชุมชนต่อไป

3. นำผลการวิจัย รวมทั้งความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินการวิจัย ไปใช้ในการเรียนการสอน และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยได้จัดสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
3. การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. ครอบครัว ชุมชน กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
5. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
6. การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมและมาตรฐานผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางกำหนดกรอบแนวคิด โดยศึกษาใน 6 ประเด็น ได้แก่ ความหมายของผู้สูงอายุ การแบ่งระดับการสูงอายุ ประเภทของผู้สูงอายุ นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุในประเทศไทย ทฤษฎีความสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 ความหมายของ “ผู้สูงอายุ”

การให้ความหมายของผู้สูงอายุโดยทั่วไปใช้อายุ 60 ปี หรือ 65 ปี เป็นเกณฑ์ ดังนี้

1) องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเกณฑ์ของผู้สูงอายุ ในการประชุมสมัชชาว่าด้วย “ผู้สูงอายุโลก” ที่กรุงเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน

2) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของไทย กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป

3) ในกลุ่มประเทศตะวันตกบางประเทศ กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปี หรือ มากกว่า (Burke and Walsh, 1997) หรือ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป (Eliopoulos, 2005)

1.2 การแบ่งระดับการสูงอายุ

จะเห็นได้ว่าการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์อายุ ขึ้นต่ำเป็น 60 หรือ 65 ปี แสดงว่ามุมมองเกี่ยวกับการสูงอายุของแต่ละประเทศและภูมิภาคมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจพิจารณาจากการนับตามปีที่เกิด การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจของตัวผู้สูงอายุตามที่ปรากฏให้เห็น ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ความคิดอ่านของบุคคล และสภาพของสังคม ดังนั้นจึงมีการจัดระดับการสูงอายุเป็นกลุ่มอายุต่าง ๆ เช่น

กลุ่มที่ 1 องค์การอนามัยโลก แบ่งเป็น 3 ระดับ (ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 2543) ดังนี้

- ผู้สูงอายุ (elderly) อายุระหว่าง 60 – 74 ปี
- คนชรา (old) อายุระหว่าง 75 – 89 ปี
- คนชรามาก (very old) อายุ 90 ปีขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร (2548) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้สูงอายุวัยต้น (the young elderly) อายุ 74 ปี หรือต่ำกว่า
- ผู้สูงอายุวัยกลาง (the middle-age elderly) อายุ 75 – 84 ปี
- ผู้สูงอายุวัยปลาย (the old-age elderly) อายุ 85 ปีขึ้นไป

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยแบ่งระดับอายุของกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก แต่แบ่งกลุ่มย่อยกว่า เนื่องจากมีข้อสังเกตว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น 5 ปี จะมีความเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงแบ่งระดับการสูงอายุเป็นระดับละ 5 ปี รวม 7 ระดับ คือ 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, 75 – 79, 80 – 84, 85 – 89 และตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป

1.3 ประเภทของผู้สูงอายุ

แบ่งเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Ageing) และ ภาวะสูงวัยที่บอบบาง (Frail Ageing)

1) ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ หรือ Active Ageing เป็นคำที่องค์การอนามัยโลกนำมาใช้เมื่อปลายปี ค.ศ.1990 เพื่อเป็นเป้าหมายของภาวะหรือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่จะต้องดำเนินไปถึง หมายถึง ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเลขาธิการสมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (ศ.สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล) ใช้คำว่า พฒมลั้ง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) สูงวัยอย่างมีคุณภาพประกอบด้วย

(1) สุขภาพดี หมายถึงสุขภาพที่สมบูรณ์และเชื่อมกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพดีย่อมเป็นไปตามวัย จึงมักพูดว่าสุขภาพดีสมวัย

(2) *อยู่กับลูกหลาน* ย่อมหมายถึงอยู่ในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนย่อยที่สุดของสังคม อยู่ในชุมชนที่ครอบครัวอยู่ และเมื่อคิดให้กว้างออกไปย่อมอยู่ในอำเภอ อยู่ในเมือง อยู่ในประเทศ โดยองค์รวมคืออยู่ในสังคม การอยู่ในที่ใดที่จะเกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์ ย่อมต้องมีส่วนร่วมในสังคมนั้น เช่น อยู่ในครอบครัว ก็ต้องมีส่วนในการออกความคิดเห็น การตัดสินใจ การช่วยเหลือ และการยอมรับจากครอบครัว ฉันทา การอยู่ในอำเภอ ในเมือง ในประเทศ ก็ฉันทานั้น โดยภาพรวมคือ การมีส่วนร่วมในสังคม

(3) *อย่างมีความสุข* คำว่า “สุข” เป็นนามธรรมวัดยาก จึงมีการวิจัยพัฒนาเพื่อให้สามารถวัดได้จึงใช้คำว่า “ความมั่นคง” (Security) แทน โดยมีองค์ประกอบ 5 อย่าง คือ ความมั่นคงทางสุขภาพ (สุขภาพดี) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (มีรายได้เพียงพอ) ความมั่นคงทางสังคม (มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน) ความมั่นคงทางการเมือง (มีสิทธิ - เสรีภาพ) และความมั่นคงทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทรัพยากรเพียงพอในการผลิต มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับชีวิต)

2) ภาวะสูงวัยที่บอบบาง หรือ Frail Ageing หมายถึง หง่อม งอม บอบบาง อาจเกิดจากการเสื่อมตามวัย โรคทางกาย และโรคทางจิตใจ ถ้าภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงวัยอันไม่สมควร ก็จะทำให้เป็นปัญหาครอบครัวได้ เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะ Frail Ageing ถ้าสามารถทำกิจกรรมได้ควรดูแลการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม ป้องกันการพลัดตกหกล้มเพื่อไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามความเหมาะสม สร้างความรู้สึกว่าผู้สูงอายุยังมีความสำคัญและสามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ลดลง หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย แต่ยังคงต้องการการยอมรับนับถือ มีสิทธิ และเสรีภาพของตนเองในการดูแล คือ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ควบคุมอาการของโรค ดูแลสุขภาพ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ระวังอันตรายที่อาจเกิด เช่น ตกเตียง หกล้ม เป็นต้น (กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนรธา, 2551)

1.4 นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุในประเทศไทย (บรรลุ ศิริพานิช, 2543 และวลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552)

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน และมีการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในองค์กรภาครัฐและเอกชน โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นเป็นครั้งแรก คือ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ต่อมา ในปี 2525 ประเทศไทยมีการตื่นตัวเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดย พล.อ. สิทธิ จิรโรจน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้เป็นตัวแทนเข้าร่วมประชุมสมัชชา ว่าด้วย ผู้สูงอายุโลก ซึ่งองค์การสหประชาชาติจัดขึ้นที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เป็นที่มาของการจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525 – 2544) ตามด้วยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) และในปี พ.ศ. 2542 องค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็น “ปีสากลผู้สูงอายุ” ประเทศไทยโดยคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุ

แห่งชาติได้ประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทยจำนวน 9 ข้อ นอกจากนั้นในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 54 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 และ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 ยังได้มีบทบัญญัติที่ให้สิทธิและผลประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สำหรับในรายงานการวิจัยฉบับนี้ คณะผู้วิจัยขอเสนอเฉพาะสาระสำคัญของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) และ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ดังต่อไปนี้

1) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)

คณะผู้วิจัยได้ศึกษา วิสัยทัศน์ ปรัชญา วัตถุประสงค์ และยุทธศาสตร์ของแผน ฯ และมุ่งมั่นที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สอดคล้องกับแผน ฯ ซึ่งมีวิสัยทัศน์ว่า “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” มีปรัชญาที่ว่า “การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม การที่จะทำให้มีหลักประกันให้กับผู้สูงอายุจะต้องมีการกระทำที่ ประชากรช่วยตัวเอง ครอบครัวเกื้อหนุน ชุมชนช่วยเหลือ และสังคม – รัฐเกื้อกูล ตามลำดับ” โดยมีวัตถุประสงค์ 5 ประการ คือ (1) เพื่อให้เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด (2) เพื่อให้ให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียม การเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน (4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ ด้วยตระหนักว่าเป็นการพัฒนาความมั่นคงของสังคมโดยรวมและถือเป็นภารกิจสำคัญขององค์กร และ (5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติ สำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาคประชาชน ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มี 5 ยุทธศาสตร์ (1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ (2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ (3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนา ด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ (5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

2) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ระบุในมาตรา 54 และ มาตรา 80 ถึงภารกิจที่จะต้อง มีต่อประชากรสูงอายุ และปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น อันเป็นภารกิจที่สังคมและรัฐพึงมีต่อผู้สูงอายุ โดยมีสาระสำคัญ 9 ประการ ได้แก่ ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และ

คุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัว โดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนเองให้สมวัย ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจโดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม ข้อ 6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน สังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคคลทุกวัย ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุตามเป้าหมาย ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครอง และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ และ ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูตเวทีและความเอื้ออาทรต่อกัน

3) ระบบบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

บริการหลักสำหรับผู้สูงอายุไทยมีบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคม มีการรับผิดชอบร่วมกันหลายหน่วยงาน หน่วยงานที่เป็นหลักสำคัญในด้านบริการสุขภาพรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข งานด้านสวัสดิการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ รับผิดชอบโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้นยังมีแฝงในหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานเอกชนต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินงานขึ้นอยู่กับนโยบายและแผนงานของหน่วยงานนั้นเป็นหลัก

บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีพัฒนามาก่อนบริการสุขภาพ คือ มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกโดยกรมประชาสงเคราะห์เมื่อ ปีพ.ศ. 2496 มีพัฒนาการขยายเป็นศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน และมีบริการสังคมที่เกี่ยวข้องอีก

เช่น ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน และ บริการฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน และที่พักอาศัย เฉพาะผู้สูงอายุ (Housing) เป็นต้น

บริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุปรากฏครั้งแรกในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2505 โดยมีโครงการสุขภาพผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ ตามมาด้วยการจัดคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ และหอผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลทั้งในภาวะวิกฤต เฉียบพลัน และเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ให้บริการรูปแบบต่าง ๆ เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน ศูนย์การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ หรือ รูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้ง สถาบันสอนผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หลักประกันด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) สวัสดิการด้านการรักษา พยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการรักษา พยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าจากระบบนี้ (2) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (3) ประกันสังคมซึ่งประกันสังคมกรณีชราภาพอยู่ในส่วนนี้ และ (4) ประกันสุขภาพโดยสมัครใจและประกันสุขภาพเอกชน และ (5) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนไทยทุกคนรวมทั้งผู้สูงอายุ

จากการศึกษาแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 และระบบบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย จะเห็นได้ว่าประเทศไทยให้ความสำคัญแก่ประชากรสูงอายุมาโดยตลอด และพยายามส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุด ซึ่งในหลายองค์กร หลายชุมชน สามารถนำไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี แต่บางองค์กร หรือบางชุมชนยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เช่น ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ขาดสถานที่ที่เหมาะสม และขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ เป็นต้น

1.5 ทฤษฎีความสูงอายุ (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2548, ปิยะพันธุ์ นันตา, 2550 และ วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2552)

การมีอายุยืนยาวและมีภาวะสุขภาพที่ดีของมนุษย์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกร่างกายหลายประการ จากข้อเท็จจริงที่ปรากฏให้เห็นอยู่ทั่วไป พบว่า บุคคลที่มีอายุเท่ากัน จะมีลักษณะความสูงอายุนั้นไม่เท่ากัน บางคนแลดูแก่กว่าวัย บางคนแลดูอ่อนกว่าวัย ซึ่งนักชีววิทยาหลายท่านได้ศึกษาค้นคว้าเพื่อหาคำอธิบายที่ชัดเจน และพบว่าปรากฏการณ์ของความสูงอายุ มีปัจจัยและกระบวนการที่แตกต่างกันไป จึงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ต้องใช้คำอธิบายหลายทฤษฎีประกอบกัน ซึ่งทฤษฎีความสูงอายุนั้นที่คณะผู้วิจัยนำเสนอในที่นี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีความสูงอายุนิวชีวภาพ (Biological Theories of Ageing) และ ทฤษฎีความสูงอายุนิวจิตสังคม (Psychosocial Theories of Ageing) ดังนี้

1) ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological Theories of Ageing) ทฤษฎีนี้จำแนกเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะทฤษฎีที่สำคัญที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยและกระบวนการที่สามารถป้องกัน แก้อา และชะลอความสูงอายุได้ หากนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ดังนี้

(1) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross linking Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงคอลลาเจน (Collagen) อีลาสติน (Elastin) และสารพื้นที่อยู่ในเซลล์ (Ground substance) เนื้อเยื่อ และสารที่อยู่นอกเซลล์ คอลลาเจนเป็นเนื้อเยื่อโปรตีนพบได้ในร่างกายถึงร้อยละ 25 - 30 ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญใน ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น โครงสร้างของหลอดเลือด และหัวใจการเชื่อมตามขวางจะพบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วระหว่างอายุ 30 - 50 ปี สารที่ทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางพบได้ทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของอาหารและสิ่งแวดล้อม เช่น อัลดีไฮด์ ทองแดง และแมกนีเซียม เป็นต้น นอกจากนี้สารอาหารประเภทโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และกรดนิวคลีอิก ก็มีผลทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางได้เช่นกัน

(2) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเกิดเร็วขึ้นจากการที่ร่างกายมีอนุมูลอิสระเกิดการสะสมมากขึ้นทำให้เซลล์มีอายุและตายเร็วขึ้น อนุมูลอิสระเป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ ซึ่งเกิดขึ้นในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ เป็นโมเลกุลที่มีฤทธิ์ทำลายและมีปฏิกิริยาไวมาก อนุมูลอิสระเกิดมากที่สุดในกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกายซึ่งมีการใช้ออกซิเจนภายในเซลล์มาก ทำให้เกิด superoxide radical O_2 เนื่องจากมีการสร้างอนุมูลอิสระซึ่งในระยะที่มีการกระตุ้น (Activate state) จะใช้ออกซิเจนเป็นส่วนประกอบทำปฏิกิริยาเร็วมากกับโมเลกุลอื่น ๆ ที่อยู่ข้างเคียง เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต กรดไขมัน โดยเฉพาะ กรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว ผลจากปฏิกิริยานี้จะทำให้มีการสะสมของอนุมูลอิสระที่ละน้อยและเมื่อสะสมมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างและหน้าที่ต่าง ๆ ของเอนไซม์และโปรตีน ส่งผลเสียต่อโครงสร้างดั้งเดิมและเซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ในที่สุดจะทำให้เซลล์ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (Irreversible damage) เซลล์จะตายและทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น นอกจากสารอนุมูลอิสระจะเกิดขึ้นจากกระบวนการดังกล่าวแล้ว ยังพบว่า มีสารบางชนิดที่เป็นตัวเร่งให้เกิดปฏิกิริยาเร็วขึ้น (Catalytic action) ได้แก่ ทองแดง และแมกนีเซียม นอกจากนี้อนุมูลอิสระยังเกิดขึ้นจากสารโดยทั่วไป เช่น อาหารชนิดต่าง ๆ ที่เกิดปฏิกิริยาขึ้นระหว่างการให้ความร้อนสูงและระยะเวลายาวนาน มลภาวะทางอากาศ การสูบบุหรี่ ปฏิกิริยาในการสร้างอนุมูลอิสระจะเกิดขึ้นเร็ว โดยเฉพาะการได้รับรังสี และเกิดช้าลงได้หากได้รับสารที่ต่อต้านการเกิด ปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจน (antioxidant) เช่น เบต้าแคโรทีน (Beta - Carotene) วิตามินซี วิตามินอี ไนอะซิน (Niacin) เมอแคปตัน (Mercaptans) และ บิวทิลเลท ไฮดรอกซีโทลูอิน (Butylated hydroxytoluene, BHT) (ปิยะพันธุ์ นันตา, 2550 และวัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์, 2552) เพื่อต่อต้านผลกระทบจากอนุมูลอิสระและเป็นที่ยืดอายุของเซลล์ ชะลอการสูงอายุให้ช้าลง

(3) ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผลจากการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นเวลานานหรือจากการใช้งานมากเกินไปจะทำให้เกิดความเสื่อมโทรมตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าขาดความระมัดระวังหรือการดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควร เช่น คนที่มีไขมันในเลือดสูง สารไขมันในเลือดจะมีผลทำลายผนังหลอดเลือด ตลอดจนมีการสะสมสารไขมันตามผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการอุดตันการไหลเวียนของเลือดได้ หรือในคนที่มีน้ำหนักตัวมากก็จะมีผลกระทบต่อข้อเข่ามากที่สุด ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ ผลกระทบดังกล่าวนี้เกิดขึ้นได้ทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกร่างกาย อย่างไรก็ตาม ร่างกายของมนุษย์จะต้องพยายามปรับสภาพ และซ่อมแซมตนเองตลอดเวลา เพื่อให้ใช้งานต่อไปได้โดยกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทน เช่น เซลล์ของผิวหนัง เม็ดเลือด เยื่อบุทางเดินอาหารก็จะมีสร้างใหม่เป็นระยะ ๆ ส่วนเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อลาย เส้นใยกล้ามเนื้อ เซลล์ประสาทและสมอง ไม่สามารถสร้างทดแทนได้อีก ก็จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายต่อไป

(4) ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำ เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (lipofuscin) สารไลโปฟัสซิน นี้คือ รงควัตถุ ไขมัน (fatty pigment) หรือ รงควัตถุชรา (age pigment) สามารถตรวจพบได้โดยใช้กล้องฟลูออเรสเซนต์ (fluorescent microscope) เท่านั้น เชื่อว่าสารนี้เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน ในขบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไป (Peroxidation) ของผนังเซลล์ และเป็นของเสียในกระบวนการเมตาบอลิซึมมีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ พบว่า ไลโปฟัสซิน จะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รังไข่ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจ และสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากัน ขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละชนิด นอกจากนี้พบว่า จำนวนของ RNA ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของไลโปฟัสซิน เมื่อร่างกายมีไลโปฟัสซินมากขึ้น ก็จะมีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ และทำให้คุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาพบว่า วิตามิน อี และซีลีเนียม (selenium) สามารถ ทำให้ลูกโซ่ของไลโปฟัสซินแตกจากกันได้ ยับยั้งการทำลายไขมันที่เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ (fatty membrane) และป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเซลล์ด้วย จากการทดลองในสัตว์ พบว่า ถ้าเพิ่มวิตามินอีในอาหาร จะสามารถลดการสร้างไลโปฟัสซินได้

2) ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial Theories of Ageing) มีทฤษฎีที่อธิบายภาวะทางจิตสังคมไว้หลายทฤษฎี ในที่นี้จะขอกกล่าวเฉพาะทฤษฎีที่สำคัญ ดังนี้

(1) ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ตั้งขึ้นโดย เอลเลน คัมมิง (Elaine Cumming) และวิลเลียม เฮนรี (William Henry) ในปี ค.ศ. 1961 เชื่อว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีลักษณะแยกตัวเองออกมา

(withdrawal) หรือต้องการปล่อยวางเป็นอิสระ (disengagement) ทั้งนี้เนื่องมาจากสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้างหรือสังคม ค่อย ๆ ห่างออกจากกัน ซึ่งอาจมีสาเหตุจากความต้องการของตนเองหรือแรงกดดันจากสังคมได้ เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน ทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและบุคคลอื่น ๆ ค่อย ๆ ลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป คู่สมรสจากไป หรือสถานะของการเป็นหัวหน้าครอบครัวลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงหนีไม่พ้นที่จะถอนตัวจากสังคม ฉะนั้น ถ้าสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางสังคมดี มีการยอมรับ เปิดโอกาส และให้ความเคารพในตัวผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุก็มีความสุขและมีความพึงพอใจในความเป็นอิสระมากขึ้น ไม่ต้องปฏิบัติตามกรอบของสังคมตลอดเวลา แต่ในทางตรงกันข้าม หากสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางสังคมไม่ดี ไม่ให้ความเคารพ ไม่มีการยอมรับผู้สูงอายุ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุ ไม่พึงพอใจและไม่มีความสุข

(2) ทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดย ฮาวิกเฮิร์ท (Havighurst) แมดดอก (Maddox) และพาล์มเมอร์ (Palmore) ในปี ค.ศ. 1968 โดยเชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน และการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ (self - concept) ดี กิจกรรมที่ดีควรเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องมีแบบแผน จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์มากกว่ากิจกรรมที่มีแบบแผน ซึ่งมักจะมีการแบ่งตามช่วงอายุ การจัดกิจกรรมควรมีหลากหลาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้เลือกตามความสนใจและรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้ ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ การจัดกิจกรรมควรเป็นลักษณะของการใช้สติปัญญา ความสามารถมากกว่าการใช้กำลัง การมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมดีขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาของสุขภาพก็มีผลต่อการมีกิจกรรมในสังคมด้วย ผู้สูงอายุควรปรับตัวให้เข้ากับภาวะสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกายที่จะเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ ฉะนั้นผู้สูงอายุควรตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมร่วมกันในสังคม เพื่อจะได้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า และมีความสุขสืบต่อไป

(3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เสนอโดยฮาวิกเฮิร์ท (Havighurst) และคณะในปี ค.ศ. 1968 เพื่อหาข้อยุติโดยเชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุมีลักษณะแบบทฤษฎีการถดถอยมักเกิดจากความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ส่วนผู้สูงอายุที่มีลักษณะตามทฤษฎีการมีกิจกรรมก็ขึ้นกับบุคลิกภาพของแต่ละคนเช่นกัน ต่อมาในปีเดียวกัน นิวการ์เทิน (Neugarten) และคณะได้นำทฤษฎีนี้มาศึกษาต่อและเชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขและกิจกรรมต่อเนื่องกัน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนที่เคยปฏิบัติมาก่อน และบุคลิกภาพเป็นผลมาจากความพึงพอใจในชีวิตต่อการมีบทบาทในกิจกรรมนั้น ๆ ทฤษฎีความต่อเนื่องนี้มีหลายรูปแบบที่ผู้สูงอายุจะแสดงลักษณะปรากฏออกมา ซึ่งสะท้อนให้เห็นปฏิกริยาซับซ้อนของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลต่อสภาพแวดล้อมของสังคม โดยทั่วไปจะสะท้อนให้เห็นถึงอุปนิสัย การตัดสินใจความพึงพอใจ

อารมณ์ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลมาจากวัยต้น ๆ ของชีวิต ทฤษฎีนี้จะคำนึงถึงบุคลิกภาพ การมีกิจกรรมและความพึงพอใจในชีวิต บางท่านเรียกทฤษฎีนี้ว่า ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) หรือทฤษฎีพัฒนาการ (Developmental theory)

1.6 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

กระบวนการความชราจะเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา คือ ร่างกายจะมีกระบวนการเสริมสร้างมากกว่าเสื่อมทำให้เจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ จนเมื่อเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางเสื่อมลงมากกว่าจะเสริมสร้าง และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ความชราเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัยและการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคล ความเจ็บป่วยก็มีผลทำให้กระบวนการชราเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ดังที่เรียกกันว่า "แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย" ตรงกันข้ามคนที่ดูแลสุขภาพ โดยการรับประทานอาหารเหมาะสม ออกกำลังกาย และรักษาอารมณ์ ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความชราหรือความสูงอายุไว้ได้นาน และไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน ตามธรรมชาติคนเราเมื่อแก่ตัวลงจะมีผลทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานด้อยลง คือ ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ การมองเห็น การรับรส กลิ่น เสียง และ สัมผัส ด้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาว ทำให้ความอยากอาหารในวัยสูงอายุ ลดลงด้วย

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

(1) การเปลี่ยนแปลงในระบบโครงร่าง กระดูก ผิวหนัง ต่อมเหงื่อ ลดลง ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี คอลลาเจนและไขมันใต้ผิวหนังลดลง (การดูดซึมยาช้าลง ถ้าให้ยาเข้าทางใต้ผิวหนัง) ผิวหนังเหี่ยวย่น ไม่เปล่งปลั่ง (เหมือนขาดน้ำ) จะเกิดผมหงอก ศีรษะล้าน/ผมสีเทา เล็บจะเปราะ แข็งแข็ง เล็บตัดยาก บาดแผลหายช้า รูปร่างเปลี่ยนแปลง คือหลังโก่ง หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง ไขมันใต้ผิวหนังและความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อ พบว่าความหนาแน่นของกระดูกลดลง 50% โดยเริ่มการสูญเสียปริมาตรกระดูกทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) เปราะและแตกหักได้ง่าย ต่อมไขมัน (Sebaceous gland) โตขึ้น แต่หลังน้ำมันออกน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กลงด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลง แต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว รุงrug ส่วนมากผู้สูงอายุจะมีภาวะขนร่วง สีผมและขนจะเปลี่ยนเป็นขาวมากขึ้น

(2) การเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาท สติปัญญาเหมือนเดิม เซลล์ประสาทน้อยลงและเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ความจำช่วงสั้นบางครั้งหายไป ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง ปฏิกริยาตอบสนองช้าลงนิสัยการนอนเปลี่ยนไป น้ำหนักของสมองจะลดลงจากการศึกษาพบว่าเมื่อคนอายุ 70 ปี น้ำหนักสมองจะลดลง 5% ลดลง 10% เมื่ออายุ 80 ปี และจะลดลง 20% เมื่ออายุ 90 ปี ปริมาตรของสมองก็ลดลงเช่นเดียวกัน เชื่อกันว่าเนื่องจากเซลล์ประสาทซึ่งเป็นส่วนประกอบของสมองตายและสูญเสียไป ภายหลังจากอายุ 70 ปี ความจำทันทีทันใด (Immediate memory) จะลดลง แต่การรำลึกความจำที่เก็บไว้เป็นเวลานาน ได้ถึง 80% การเปลี่ยนแปลงของประสาทรับความรู้สึก เซลล์ของเรตินาลดลง รวมทั้งรูม่านตาก็ลดลงด้วย จึงทำให้ความไวต่อแสงแดดลดลง ความคมชัดของการเห็นลดลงเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เลนส์และประสาทรับสัมผัสลดลง

- การได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน มีการสูญเสีย hair cell ซึ่งอยู่ใน cochlea มีขี้หูอุดในช่องหูชั้นนอกมาก ผู้สูงอายุได้ยินเสียงที่มีคลื่นความถี่ต่ำได้ดีกว่าการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูง

- การไตกลืน ความสามารถในการรับกลืนของผู้สูงอายุลดลง การรับรสในผู้สูงอายุลดลง โดยเฉพาะผู้ชายรับรสเค็มได้น้อยลงมาก ส่วนรสขมนั้นเสื่อมลงน้อยเมื่อเทียบกับรสอื่น

- การเปลี่ยนแปลงของประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve) จำนวนเซลล์ประสาทซิมพาเทติกในไขสันหลังลดลง และมีการเปลี่ยนแปลง การมีสารสีจับตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Pigmentation) และ การเกิดช่องว่างระหว่างเซลล์ (Vacuolation) เพิ่มขึ้น จึงทำให้หน้าที่ของประสาทอัตโนมัติในผู้สูงอายุเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือดพบได้ เช่น การที่แรงดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ (Orthostatic hypotension) ส่วนความเสื่อมของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายนั้น เช่น มีอาการตัวเย็นแม้ไม่ได้รับความเย็นจากภายนอก หรือมีอาการหนาวสั่นได้ง่าย

- การเปลี่ยนแปลงของประสาทสั่งการ (Motor nerve) ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียเซลล์ประสาท การเชื่อมต่อในการทำงานของระบบประสาทลดลง ทำให้หน้าที่การทำงานของประสาทสั่งการในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมีปฏิกริยาต่อสิ่งเร้าเชิงช้าลง ปฏิกริยาตอบสนอง (Reaction time) และ มีการเคลื่อนไหวช้าลง

(3) การเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความหนาแน่นของกระดูกลดลง ผลทำให้กระดูกพรุน กระดูกแตกหักง่ายเส้นเอ็นตึงขาดความยืดหยุ่น การเคลื่อนไหวข้อต่อลดลง กระดูกสันหลังโก่งงอมากขึ้น การทรงตัวไม่ใคร่ดี มีการสูญเสียน้ำและเกลือโปแตสเซียมจากเส้นใยกล้ามเนื้ออย่างช้า ๆ ทำให้การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดน้อยลง ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง

(4) การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด แรงต้านของระบบไหลเวียนส่วนปลาย (Peripheral resistance) เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะ ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) บาร์โรรีเซ็ปเตอร์ (Baroreceptors) มีความไวลดลง ความไวในการเปลี่ยนท่าตั้งนอนของร่างกายน้อยลงและเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่งหรือจากนั่งเป็นยืน (orthostatic hypotension) สมรรถภาพของลิ้นในหลอดเลือดดำ (venous valve) ลดลงทำให้บวมได้ง่ายและมากขึ้น ลิ้นหัวใจไมตรัล (Mitral) และลิ้นหัวใจเอออร์ติค (aortic) หนาและแข็งขึ้น พบเสียงเมอเมอร์ (Murmur) โดยไม่มีโรค ปริมาตรเลือดที่ถูกสูบฉีดหัวใจ (Cardiac output) ลดลง อาจเกิดการเต้นผิดปกติของหัวใจ (dysrhythmias) มีการเปลี่ยนแปลงจากชั้นในสุดของหลอดเลือด ซึ่งจะหนาขึ้นและมีการแตกสลาย มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ในขณะที่ผนังชั้นกลาง ซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบก็มีการเสื่อมสลายและมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามไปด้วย ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis)

(5) การเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ กล้ามเนื้ออ่อนแรงเหี่ยวลีบ มีหินปูนจับกระดูกซี่โครง หน้าอกเป็นรูปถังเบียร์ (Barrel - shaped) ทำให้ต้องใช้แรงงานมากขึ้นในการขยายตัวของปอด ไอน้ำและหายใจลึก ๆ ยากขึ้น ปริมาตรความจุของปอดลดลง และมีปริมาตรของอากาศที่ค้างค้ำในปอดเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีพังผืด (fibrosis) ของเซลล์ จำนวนถุงลม (Alveoli) น้อยลงและหนาขึ้น ทำให้ง่ายต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) และคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercapnia) ขนกวัด (Cilia) เหี่ยวลีบ มีผลให้ปฏิกิริยาการไอ (Cough reflex) ช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

(6) การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร ความตึงตัว (Tone) ของกล้ามเนื้อเรียบลดลง ทำให้กลืนอาหารลำบากเล็กน้อย การบีบตัวของลำไส้ลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง เกิดอาการจุกเสียดและท้องผูกมากขึ้น น้ำย่อยน้อยลง ทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารในผู้สูงอายุลดลง การดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง โปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง ส่วนวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามินเอ (A) และ วิตามิน เค (K) ดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินดี (D) ดูดซึมได้ลดลง การดูดซึมยา วิตามินบีสิบสอง (B₁₂) กรดโฟลิก (Folic acid) แคลเซียม และธาตุเหล็กลดลง น้ำลายออกน้อยลง มีการสูญเสียฟัน อาหารผ่านลำไส้ใหญ่ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างค้ำนาน เป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้นกว่าวัยหนุ่มสาว ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง (Tone ของหูรูดอ่อนแรง) ทำให้อุจจาระอัดแข็งตัวแน่น หรือถ่ายกระปริดกระปรอย

- ตับอ่อนโตขึ้น มีปริมาณน้ำหลั่งลดลงทั้ง amylase และ trypsin ส่วน lipase ไม่เปลี่ยนแปลง ตับมีขนาดเล็กลง น้ำดีมีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น โดยมี phospholipids และ cholesterol เพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับในผู้สูงอายุลดลง

(7) การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะและไต อัตราการกรอง (GFR) ลดลงเนื่องจากขนาดของไตเล็กลง จำนวนหน่วยไต (nephron) น้อยลง และปริมาณเลือดไหลผ่านไต ลดลง ความสามารถในการทำปัสสาวะให้เข้มข้นหรือเจือจางลดลง ขั้วยาหรือของเสียออกได้น้อยลง ความจุน้ำปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะน้อยลง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและผนังกระเพาะปัสสาวะ อ่อนแรง ทำให้ควบคุมไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย กระปริดกระปรอย กลั้นไม่ได้ ผู้สูงอายุชายต่อมลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก เมื่อเป็นมากจะถ่ายกระปริดกระปรอย

(8) การเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) ต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) น้ำหนักลดลง ต่อมหมวกไต (Adrenal gland) มีปริมาณของ adrenal androgens และ mineral corticoid function ลดลง ทำให้ dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง การสร้างฮอร์โมนไธรอกซิน (Thyroxine) จากต่อมไธรอยด์ลดลง เซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง การสร้างฮอร์โมนสำคัญคืออินซูลิน (Insulin) ลดลง ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ด้วยเหตุนี้จึงพบปัญหาโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

(9) การเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์ ชายสูงอายุจะมีจำนวน สเปิร์มปกติ แต่การเคลื่อนไหวลดน้อยลง การสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ลดลง ฮอร์โมน เอสโตรเจน (Estrogen) มีมากขึ้นทำให้ยับยั้งการสังเคราะห์เทสโทสเตอโรน ต่อมลูกหมากขยายโต ถุงเก็บน้ำอสุจิ (Seminal vesicle) มีขนาดเล็กลง องคชาติ (Penis) มีความสามารถในการแข็งตัว ลดลงเนื่องจากหลอดเลือดตีบแข็ง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ สำหรับระบบสืบพันธุ์ใน หญิงสูงอายุ พบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ ไชมันต์ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่าง ๆ จากผิวช่องคลอด ลดลง ปากมดลูก จะมีขนาดเล็กลง รังไข่จะฝ่อเล็กลง และหยุดสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

2) การเปลี่ยนแปลงทางจิต

สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับผูกพันกับสภาวะของร่างกายอย่างใกล้ชิด และ นอกจากนั้นยังเปลี่ยนแปลงไปตามอิทธิพลของสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ พัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้มีดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ สาเหตุที่ทำให้บุคลิกภาพในวัยสูงอายุ เปลี่ยนแปลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในอัตมโนทัศน์ (Self - concept) ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ใน การที่มีอายุมากขึ้น การรับรู้ถึงการยอมรับจากสังคม มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ความคาดหวังของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีอัตมโนทัศน์ที่แตกต่างกันไป ทำให้มีบุคลิกภาพ แตกต่างกัน และส่วนหนึ่งจะมีบุคลิกภาพที่แสดงออกถึงความไม่มั่นคงในอารมณ์และไม่มั่นใจในตนเอง เช่น อ่อนไหวง่าย ใจน้อย รู้สึกไม่ปลอดภัย บางคนจะพูด - บ่นมากขึ้น โกรธง่าย มีพฤติกรรมถอยกลับ คิดถึงแต่ตนเอง วิตกกังวล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากจนเกิดเหตุ และบางครั้งพูดปกป้องตนเองมาก

การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ได้เกิดจากความเสื่อมของสมอง แต่มักเกิดจากความรูสึกว่าเขาไม่ได้รับความมั่นคงปลอดภัยจากสังคม

(2) การเปลี่ยนแปลงด้านการเรียนรู้และความจำ ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม การเรียนรู้และความจำจะแตกต่างกันตามสติปัญญา ระดับการศึกษา และวัฒนธรรมต่าง ๆ ความคิดอ่านของผู้สูงอายุจะคงที่และยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากประสบการณ์ ซึ่งได้ผ่านกระบวนการกลั่นกรองคัดสรรด้วยตนเองมาแล้ว จนยึดถือปฏิบัติเป็นนิสัย ประกอบกับความจำในสิ่งใหม่ ๆ ลดลง ทำให้ความตั้งใจและความสนใจที่จะรับรู้สิ่งใหม่ ๆ ลดลงจึงจำอะไรได้ยาก การแสดงออกจึงมักจะยึดมั่นในเรื่องดั้งเดิม ยึดมั่นต่อขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมต่อต้านการเปลี่ยนแปลงแนวทางชีวิตใหม่ ๆ ความคิดใหม่ ๆ ที่ขัดต่อค่านิยมเดิมของผู้สูงอายุ ในรายที่สมองเสื่อมจะไม่สามารถเรียนรู้และจดจำสิ่งใหม่ได้ แต่ความจำเก่า ๆ จะยังคงอยู่ หากสมองเสื่อมมาก จะไม่สามารถแยกหรือวิเคราะห์สิ่งที่มากระตุ้นได้เลย

(3) การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา ผู้สูงอายุที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาเสื่อมถอยลงเพียงเล็กน้อย หรืออาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเลย ความสามารถในการเข้าใจภาษาพูด และการคำนวณเลขไม่เปลี่ยนแปลง สติปัญญาที่ตกผลึก (Crystallized intelligence) ที่มาจากสมองซีกเด่น (Dominant Hemisphere) ซึ่งเป็นสติปัญญาที่ทำให้บุคคลนำการเรียนรู้และประสบการณ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาเชื่อว่ายังคงเดิม ส่วนสติปัญญาในด้านที่มาจากสมองซีกไม่เด่นที่ใช้ในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการสร้างสรรค์ และการเห็นคุณค่าของสุนทรียศาสตร์ เชื่อว่ามีการเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552 และ Eliopoulos, 2005)

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม พบการเปลี่ยนแปลงดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม โดยเฉพาะผู้ที่เกษียณอายุราชการ หรือ เกษียณอายุจากการทำงานประจำ ผู้ที่เคยทำงานเมื่อครบอายุ 60 ปี ต้องออกจากงาน จะรู้สึกสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว สูญเสียรายได้ ขาดการสมาคมกับเพื่อนฝูง

(2) การถูกทอดทิ้ง สภาพสังคมในปัจจุบันคนหนุ่มสาวต้องหางานทำ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง ลูกหลานไม่มีเวลาเอาใจใส่

(3) การได้รับความเชื่อถือลดลง บุตรหลานบางคนเข้าใจว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถน้อยลง ไม่ทันสมัย ไม่รู้ไม่เข้าใจในสิ่งที่คนรุ่นใหม่รู้และเข้าใจ ทำให้ไม่เชื่อถือในฐานะผู้ที่มีประสบการณ์ ความเคารพนับถืออาจไม่เปลี่ยนไป แต่ในบางสังคมที่ผู้ใหญ่มุ่งหน้าทำงานหารายได้

มาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่มีโอกาสและเวลา หรือละเลยการอบรมสั่งสอน ก็อาจทำให้เด็กไม่ให้ความสำคัญเคารพนับถือผู้ใหญ่เหมือนเช่นเคย

(4) การสูญเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ บุตรหลานที่อายุน้อย คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ทำให้รู้สึกเศร้า เหนง บางคนอาจแยกตัวเองจากสังคม ไม่รวมกิจกรรมกับผู้อื่นเหมือนเช่นเคย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมนี้อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ถ้าไม่มีการเอาใจใส่เป็นเวลานานจะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุ ทำให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรมมาก และอาจรุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้

2. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

2.1 ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย

เป็นปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีปัญหามากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและภายนอกของผู้สูงอายุแต่ละคน ปัญหาที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้

1) ปัญหาโภชนาการ ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากความสามารถในการรับรส ตมกลืนลดลง ทำให้ไม่เกิดความอยากอาหาร การเคี้ยวไม่สะดวกเนื่องจากปัญหาในช่องปากและฟัน การทำหน้าที่ของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร การเผาผลาญอาหารและการดูดซึมอาหารลดลง การสังเคราะห์โปรตีนเอนไซม์ และการสะสมกลัยโคเจนลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ สังคม ที่กระทบต่อความรู้สึกอยากอาหารนอกจากนี้ผู้สูงอายุมีความลำบากที่จะช่วยตนเองในการจัดหาอาหาร การไม่ทราบชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน ปัญหาโภชนาการ เป็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ

2) ปัญหาความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ (Electrolyte) ในร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีจำนวนน้ำในร่างกายลดลงจากร้อยละ 60 ลดเหลือประมาณร้อยละ 40 ของน้ำหนักร่างกาย ดังนั้นจึงทำให้เกิดปัญหาการขาดน้ำและเสียสมดุลของเกลือแร่ได้ง่าย ถ้าร่างกายได้รับน้ำน้อยกว่าความต้องการหรือสูญเสียน้ำมากกว่าปกติแม้เพียงเล็กน้อย ภาวะขาดน้ำเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับยาขับปัสสาวะ อาการแสดงของภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุที่สำคัญที่สุด คือ ลิ้นแห้ง เยื่อปากแห้ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน

สาเหตุของการได้รับน้ำน้อยในผู้สูงอายุอาจเกิดจากความสูงอายุ เช่น ความรู้สึกกระหายน้ำลดลงและต่อมรับรสลดลง หรืออาจเกิดจากความไม่สะดวกที่จะช่วยตนเองให้ได้รับน้ำ เพราะมีความเสื่อมด้านร่างกาย บางคนอยู่ตามลำพัง มีภาวะสับสนหรือ ซึมเศร้า รวมทั้งกลัวว่าจะปัสสาวะจะเล็ด ทำให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำน้อยลง บางคนอาจเสียน้ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะหรือ เกิดจากโรค เช่น โรคของลำไส้ หรือ ถ่ายเหลว เป็นต้น รวมทั้งเกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา

เช่น การถูกจำกัดโซเดียมในภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้นบางครั้งเกิดจากภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) ซึ่งทำให้มีน้ำคั่งระหว่างเซลล์มาก หรือในรายที่มีภาวะท้องมานน้ำ จะทำให้ผู้สูงอายุมีปริมาตรของน้ำและเลือดในระบบไหลเวียนน้อย (Hypovolemia) ได้ ร่างกายจะขาดสมดุลน้ำและไม่สามารถรักษาสมดุลเกลือแร่ที่จำเป็นสำหรับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่ดื่มแอลกอฮอล์จะเกิดภาวะร่างกายขาดน้ำได้ง่าย เพราะแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมน แอนติไดยูเรติก (Antidiuretic hormone) จากต่อมใต้สมองส่วนหลัง ทำให้น้ำถูกขับออกจากร่างกายมาก

3) ปัญหาการติดต่อสื่อสาร สาเหตุของปัญหาการติดต่อสื่อสารมักเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมีความจำเสื่อม จากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง รวมทั้งการอยู่ในภาวะ สับสน ซึ่งมีอาจ บอกสถานที่ บุคคล เวลา สิ่งของไม่ถูกต้อง รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ผิดพลาดจาก ความจริง / พูดสับสน / สีหน้าแสดงความงุนงง / มีความผิดปกติในความสนใจ/ ลุกลุกนอนโดยไม่มี จุดมุ่งหมาย / กระวนกระวาย / ขาดความเข้าใจ / มีท่าทีถอยหนี / วิดกกังวล / วุ่นวาย/ พูดน้ำท่วมทุ่ง/ จำผิด ๆ จำในเรื่องที่ไม่เกิดขึ้นจริง/ ไม่ช่วยตนเองและมีพฤติกรรมเรียก ร้องความสนใจ/ มีอาการ ถดถอย/ ชวนวิวาท/ ต่อต้าน

4) ปัญหาความเจ็บปวด ผู้สูงอายุอาจไม่มีความเจ็บปวดตามแบบแผนปกติเหมือน บุคคลวัยหนุ่มสาว เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แผลในทางเดินอาหาร ไส้ติ่งอักเสบ หรือปอดอักเสบ ผู้สูงอายุอาจไม่รู้สึเจ็บปวดรุนแรง ดังนั้น จึงต้องใช้เวลาและใช้การสังเกตมากในการประเมินสภาพ บางครั้งอาจมีการประเมินผิดพลาด ทำให้เกิดอันตรายได้มากและมีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแล ผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนเชื่อว่าความเจ็บปวดเป็นเรื่องปกติของความสูงอายุ จึงอดทนมากไม่แสดงออกมาว่าเจ็บปวด ผู้สูงอายุบางคนเกรงจะสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง จึงมักจะ บอกว่าไม่มีความเจ็บปวด บางคนเกรงว่าถ้าบอกว่ามีความเจ็บปวดจะหมายถึงอาการร้ายแรง จึงไม่ยอม แสดงออก ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรสร้างความสัมพันธ์และใช้คำถามหลาย ๆ รูปแบบเพื่อจะประเมิน ความเจ็บปวดได้อย่างถูกต้อง

5) ปัญหาการนอนหลับ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก ตื่นง่ายและตื่นบ่อย เนื่องจากผู้สูงอายุมีช่วงเวลาหลับระยะที่ 1 และระยะที่ 2 (NREM) เพิ่มขึ้น แต่ระยะที่ 3 และระยะที่ 4 (REM) ซึ่งเป็นระยะหลับลึก (Deep sleep) ลดลง จึงทำให้ ผู้สูงอายุถูกปลุกให้ตื่นได้ง่ายและบ่อยกว่าคนวัยอื่น นอกจากนี้ยังอาจถูกรบกวนจากภาวะตะวันตกดิน (Sundown phenomenon) คือ การเกิดอาการสับสนในช่วงเวลาเย็นหรือค่ำ ซึ่งเป็นช่วงที่มีแสงสลัว ประกอบกับมีภาวะพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน จึงเกิดความสับสนได้และไม่หลับในตอน กลางคืนแต่จะหลับในตอนกลางวัน มักเกิดในผู้มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้มีภาวะสมองเสื่อมและ ความเจ็บป่วยหรือปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่นความเจ็บปวด มีไข้ ขาดน้ำ การใช้ยา ความเครียด ความกลัว การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งการได้รับสิ่งเร้ามากเกินไป หรือน้อยเกินไปด้วย

6) ปัญหาอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุมักเกิดอุบัติเหตุได้มาก เช่น การพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 70 แม้แต่โรงพยาบาล ผู้สูงอายุก็จะหกล้มได้มาก โดยเฉพาะเวลากลางคืนขณะผู้สูงอายุนอนลุกจากเตียงเพื่อไปเข้าห้องน้ำ การหกล้มอาจเกิดจากสาเหตุภายใน เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เนื่องจากความสูงอายุ การเคลื่อนไหวได้จำกัด ความสามารถในการมองเห็นลดลง สับสน ความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า ความสามารถในการทรงตัวลดลงร่วมกับสาเหตุภายนอกเช่น แสงสว่างไม่เพียงพอ การเปลี่ยนสถานที่และสิ่งแวดล้อม รองเท้าไม่กระชับ สิ่งของต่าง ๆ ตั้งหรือวางไม่เป็นระเบียบ ของตกแต่งบ้านมีน้ำหกเลอะที่ง่ายใช้ยึดเกาะไม่ได้ ผู้สูงอายุจะมีภาวะกระดูกพรุน กระดูกจะหักง่ายมากโดยเฉพาะเมื่อหกล้ม ผู้สูงอายุมักจะหกล้ม 1 ครั้งในเวลา 1 ปี และจะเกิดวงจรซ้ำร้ายตามมา คือ เมื่อหกล้มแล้วครั้งหนึ่ง ผู้สูงอายุก็จะจำกัดกิจกรรมของตนเอง เพราะเกรงว่าจะหกล้มซ้ำอีก ซึ่งการไม่ได้ออกกำลังกายจะยิ่งทำให้อ่อนเพลีย การไม่ได้ทำกิจกรรมที่ลงน้ำหนักจะยิ่งทำให้สูญเสียมวลกระดูก กระดูกจะฝุดมากขึ้น จึงเกิดความเสี่ยงสูงขึ้นไปหกล้มอีกในครั้งต่อ ๆ ไป

7) ปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกาย การให้ผู้สูงอายุพักอยู่บนเตียงนาน ๆ หรือไม่สนับสนุนให้เคลื่อนไหวเท่าที่ควรจะยิ่งลดความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ (Dysfunctional syndrome) ทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าและยังทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าอีกด้วย ปกติแล้วในขณะที่ลุกขึ้นยืนเลือดปริมาณ 500 มิลลิลิตร จะไหลลงสู่ร่างกายส่วนล่างในเวลารวดเร็วเป็นวินาที ในระยะนี้เลือดดำที่ไหลกลับสู่หัวใจจะลดลง จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจในขณะที่มีการบีบตัวแต่ละครั้งลดลง มีการกระตุ้นแบริโอรีเซพเตอร์ (Baroreceptors in the aortic arch and carotid artery) ทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็วขึ้นและหดตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตจึงเพียงพอที่จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ แต่ถ้ามีการพักอยู่กับเตียงตั้งแต่ 12 ชั่วโมงขึ้นไป การกระตุ้นแบริโอรีเซพเตอร์จะมีผลตรงกันข้าม คือ ความดันเลือดดำส่วนกลางและจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจในขณะที่มีการบีบตัวแต่ละครั้งจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หัวใจเต้นช้าร่างกายลดความสามารถที่จะปรับการไหลของเลือด ดังนั้น เมื่อลุกขึ้นยืนความดันโลหิตจึงลดลง หัวใจจะเต้นเร็วขึ้นมีอาการเวียนศีรษะและเป็นลมได้ ทั้งนี้เพราะโดยปกติกล้ามเนื้อของเท้าและขาจะช่วยบีบตัวให้เลือดไหลกลับ แต่การพักอยู่กับเตียงหรือการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายนาน ๆ จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอและภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าเพิ่มความรุนแรงขึ้น

8) ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ กลไกการขับถ่ายปัสสาวะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นในช่วงไขสันหลังตอนล่างระดับเอวที่ 2 - 4 ($L_2 - L_4$) และระดับก้นกบที่ 1 - 2 ($S_1 - S_3$) การทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะขึ้นอยู่กับสัญญาณจากจิตใจ ผู้สูงอายุมักมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence of urine) ซึ่งเชื่อว่าไม่ได้เกิดจากกระบวนการสูงอายุ ในผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะพบในอัตราร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุชาย และพบร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุหญิง สาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พบบ่อย ได้แก่

(1) การติดเชื่ออ็อกเสบของทางเดินปัสสาวะ

(2) การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่พุงกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเวลาที่แรงดันภายในช่องท้องเพิ่มขึ้นเช่น ไอ จาม หัวเราะหรือลุกขึ้นยืน (Stress incontinence)

(3) โรคที่มีการทำลายระบบประสาท จะทำให้ควบคุมการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะจะไหลทันออก (Overflow incontinence) พบในผู้ที่เป็นเบาหวาน โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือเพศชายที่มีต่อมลูกหมากโต เกิดการอุดตันทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก จนกระทั่งแรงดันในกระเพาะปัสสาวะมากกว่าในท่อปัสสาวะ จะมีปัสสาวะหยดออกมาเป็นระยะ ๆ โดยที่ภายในกระเพาะปัสสาวะมีปัสสาวะเต็มอยู่ด้วย

(4) ภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ ความเจ็บป่วยทำให้มีสภาวะทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่เป็นผลกระทบต่อการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ข้ออักเสบ โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด จึงไปขับถ่ายปัสสาวะในห้องน้ำไม่ทัน การถูกผูกมัด การสวมเสื้อผ้าที่ถอดลำบาก การไม่คุ้นเคยสถานที่ ห้องน้ำอยู่ไกล ทำให้ไปถ่ายปัสสาวะไม่ทัน (Urge incontinence) ภาวะทางด้านจิตใจ เช่น การต้องพึ่งพาผู้อื่น การเรียกร้องความสนใจ การแยกตัว ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไม่เป็นมิตรหรือโกรธแค้น จะทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่เลือกเวลาหรือสถานที่ได้

(5) ยาที่มีผลให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พบบ่อย คือ ยาขับปัสสาวะพวกฟูโรเซไมด์ เช่น ลาซิกซ์ (Lasix) ซึ่งออกฤทธิ์เร็ว ยาที่ทำให้นอนหลับลึกจนไม่สามารถปลุกให้ตื่นขึ้นมาถ่ายปัสสาวะได้ทัน เช่น วาเลียม (valium) หรือ ยาต้านอาการซึมเศร้าก็อาจทำให้ปัสสาวะไหลโดยไม่ตั้งใจ เป็นต้น

9) ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ในผู้สูงอายุต้องใช้ยาอย่างระมัดระวังมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น เนื่องจากการทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะผลที่เกิดจากอาการข้างเคียงหรือเกิดจากพิษของยา ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนี้

(1) ปฏิกริยาข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้สูงอายุ (Adverse drug reactions in elderly) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปฏิกริยาข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในวัยสูงอายุ การใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดจากการขาดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาและไม่คำนึงถึงผลข้างเคียงของการใช้ยา (side effect) และการใช้ยาเป็นเวลานาน

(2) การทำปฏิกริยาต่อกันของยาในผู้สูงอายุ (Drug interactions in the elderly) ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาตามแผนการรักษามักได้รับยาร่วมกันหลายชนิด ซึ่งแผนการรักษาเช่นนี้มีโอกาสที่จะเกิดปฏิกริยาต่อกันของยากับยา หรือ ยากับอาหาร ทำให้ประสิทธิภาพของยาที่ใช้ในการรักษาโรคเปลี่ยนแปลงไป อาจมีผลให้เกิดปฏิกริยาข้างเคียงและอันตรายจากพิษของยาได้

การเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยากับยา หรือยากับอาหารภายใน ร่างกายนี้จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการเภสัชจลนศาสตร์ ตั้งแต่ก่อนดูดซึม ขณะดูดซึม และหลังการดูดซึม

2.2 ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปัญหานอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ

1) ความวิตกกังวล ผู้สูงอายุมักมีความวิตกกังวลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มักแสดงออกเด่นชัดเป็นความกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เช่น กลัวไม่มีคนดูแล กลัวว่าตนเองไร้ค่า กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวนอนไม่หลับ กลัวตาย อาจแสดงออกทั้งทางอารมณ์ ไม่สบายใจ และแสดงออกทางกาย เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น

2) ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่พบบ่อย เพราะวัยสูงอายุจะพบความสูญเสียได้บ่อย ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีอาการทางอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย ใจคอไม่ดี เบื่อ ไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ เป็นต้น นอกจากนี้อาจจะมีปัญหาอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ผู้สูงอายุบางคนจะบ่นว่าความจำลดลง ซึ่งอันที่จริงอาจไม่ใช่ปัญหาความจำ แต่อาจเป็นเพราะสมาธิไม่ดีทำให้ลืมง่าย ถ้าซึมเศร้ามาก ๆ อาจมีความคิดอยากตาย ต้องการทำร้ายตนเองซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนมาก ต้องรีบให้ความช่วยเหลือ

3) นอนไม่หลับ ผู้สูงอายุที่มีปัญหานอนไม่หลับ มักตื่นกลางดึก ตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นแล้วหลับต่อไม่ได้ หรือเป็นตั้งแต่เข้านอน นอนหลับยากกว่าปกติ โดยทั่วไปในวัยสูงอายุ มักต้องการเวลานอนน้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงของสรีระวิทยา ทำให้นอนหลับน้อยลง ตื่นเช้ากว่าปกติ แต่ผู้สูงอายุบางท่านอาจกังวลมาก ทำให้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อาทิ ปวดเข่า ปวดท้อง ทำให้เป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับด้วย

4) ภาวะสมองเสื่อม ตามปกติผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องความจำ เช่น หาของไม่พบ ต้องพูดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ จำเหตุการณ์ใหม่ ๆ ได้ไม่ดี แต่ยังจำเหตุการณ์ในอดีตได้แม่นยำ ซึ่งถ้าไม่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุก็ถือว่าไม่ผิดปกติ แต่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การสูญเสียความจำจะรุนแรงมากจนมีผลในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถตัดสินใจได้แม้แต่เรื่องง่าย ๆ ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้

5) ปัญหาทางเพศ/ความต้องการทางเพศ โดยทั่วไปแล้วสังคมมักมีทัศนคติว่าผู้สูงอายุไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากความสูงอายุ ดังนั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ซิดจึงขาดความสนใจเอาใจใส่ในเรื่องนี้และไม่เข้าใจในความต้องการที่แท้จริง ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหา มากยิ่งขึ้น ในความเป็นจริงถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาตอบสนอง ทางเพศช้าลง แต่จะยังคงมีระยะต่าง ๆ ของการมีเพศสัมพันธ์เช่นเดียวกับคนวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิง

จะยังมีความสนใจในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ เพราะการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุไม่ได้มีความหมาย เป็นเพียงความต้องการทางร่างกายเท่านั้น แต่หมายถึงความต้องการทางจิตใจ ต้องการมีคู่ชีวิตไว้ เคียงข้าง เป็นเพื่อนร่วมคิดร่วมตัดสินใจ และแสดงออกถึงความรักความชื่นชมซึ่งกันและกันด้วย ในสังคมไทย มักไม่พูดถึงเรื่องเพศ ทั้งที่เรื่องเพศในผู้สูงอายุอาจพบได้บ่อยกว่าที่คิด ในผู้สูงอายุชาย อาจยังคงมีความต้องการทางเพศไม่ต่างจากในวัยหนุ่มมากนัก แต่ในผู้สูงอายุหญิงบางคนก็ไม่มี ความต้องการทางเพศแล้วหรือคิดว่าไม่ควร มี จึงอาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นระหว่างคู่สมรส เราควรตระหนักถึง ปัญหาดังกล่าวไว้ ไม่ควรอับอาย หรือถือว่าเป็นเรื่องผิดปกติที่จะพูดถึง ควรเห็นใจและเข้าใจปัญหา ดังกล่าว ถ้าผู้สูงอายุเกิดปัญหาขึ้น ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ปัญหาทั้ง 5 ข้อดังกล่าว เป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้อง ทางสุขภาพจิต แต่ผู้สูงอายุอาจพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและสุขภาพกายรวมกันได้อีกด้วย สรุปว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ จากความเสื่อมถอยของ ประสิทธิภาพทางกาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ความสามารถในการสนทนากับผู้อื่น ลดลง การฟังความไพเราะในดนตรีลดลง ดูทีวีก็ไม่สนุกเท่าที่ควร มีอุปสรรคต่อการอ่านการเขียน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายสภาพรอบข้างและยิ่งถ้าอยู่ในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ ต้อง พึ่งพาผู้อื่นเต็มทีนั้นจะยิ่งทำให้ หงุดหงิด ใจน้อย ผู้สูงอายุบางคนอาจรู้สึกท้อแท้และสิ้นกำลังใจที่จะ ต่อสู้ที่จะดำรงชีวิตต่อไป ปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเหงา (Loneliness) ความรู้สึกว่างเปล่า (Emptiness) ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) ความรู้สึกช่วยตนเอง ไม่ได้ (Helplessness) ความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness)

2.3 ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรค

เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยดังที่กล่าวมาแล้ว ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ แต่ไม่ได้ควบคุมเนื่องจากการดูแลสุขภาพ ตนเองที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น โรคที่ พบบ่อยและมีความสำคัญ มีดังต่อไปนี้

- 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด (Ischemic Heart disease) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) และไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)
- 2) โรคมะเร็ง (Cancer) เช่น มะเร็งตับ และมะเร็งปอด เป็นต้น
- 3) โรคเบาหวาน (Diabetes Melitus)
- 4) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) และมีอาการอัม พฤษ/อัมพาต
- 5) โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)

3. การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 10 อ. ให้เป็นหลักปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางสำคัญในการศึกษาในครั้งนี้ ในบทนี้จึงได้ทบทวนความรู้และนำเสนอสาระสำคัญของหลัก 10 อ.ดังกล่าว ดังต่อไปนี้ (ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

3.1 อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารยังคงเดิม ดังนั้น อาหารของผู้สูงอายุจึงควรจัดให้มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกวัน ในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญ และควรปฏิบัติในการแนะนำอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์และพึงประสงค์

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

- 1) ควรมีปริมาณสารอาหารและคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- 2) การจัดอาหารแต่ละมื้อควรมีปริมาณน้อยลง และให้บ่อยครั้งกว่าเดิม
- 3) ควรมีลักษณะนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย
- 4) อาหารประเภทผักต่าง ๆ ควรปรุงโดยวิธีการต้มหรือนึ่ง หลีกเลี่ยงผักสดที่มีผลทำให้แก๊สและทำให้ท้องอืด ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องท้องอืด แน่นท้อง จากการกินผักสดก็จัดให้ได้
- 5) ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะผู้สูงอายุจะย่อย และดูดซึมไขมันน้อยลง อาจจะทำให้มีอาการท้องอืด และแน่นท้องได้
- 6) ควรเป็นอาหารประเภทที่มีน้ำ เพื่อช่วยหล่อลื่นหลอดอาหาร ทำให้กลืนอาหารสะดวกขึ้น
- 7) จัดผลไม้ให้ผู้สูงอายุทุกวัน และควรเป็นผลไม้ที่นิ่ม เคี้ยวง่าย เพื่อช่วยในการขับถ่ายและให้ได้วิตามินต่าง ๆ เพิ่มขึ้น
- 8) ผู้สูงอายุชอบขนมหวาน จึงควรจัดให้บ้างแต่ไม่บ่อยนัก และควรเป็นขนมที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายด้วย เช่น เต้าส่วน ลอยแก้วผลไม้ เป็นต้น
- 9) ให้เวลาในการกินอาหารผู้สูงอายุตามสบาย ไม่ควรรีบเร่ง เพราะอาจสำลัก เคี้ยวไม่ละเอียด หรืออาหารติดคอได้

3.2 อากาศ

ปัจจุบันมลพิษทางอากาศมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เช่น นนทบุรี ปทุมธานี รวมทั้งเมืองใหญ่ เช่น เชียงใหม่ หาดใหญ่ นครราชสีมา ขอนแก่น ชลบุรี สระบุรี เป็นต้น ปัญหามลพิษทางอากาศที่มีแนวโน้มมากขึ้นนั้น เนื่องจากการจราจรคับคั่ง และมลพิษที่ปล่อยมาจากโรงงานอุตสาหกรรม ปัญหามลพิษในอากาศที่พบเป็นปัญหาหลัก คือ ฝุ่นละออง คาร์บอนมอนอกไซด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ และสารตะกั่ว มลพิษเหล่านี้ล้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของเราทั้งสิ้น

นอกจากนี้ยังมีปัญหาพิษจากควันบุหรี่ ทันทีที่ผู้สูบบุหรี่จุดบุหรี่ การเผาไหม้ของบุหรี่ จะทำให้เกิดสารเคมีที่เป็นพิษหลายชนิด ซึ่งส่งผ่านมายังผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ในรูปของควันบุหรี่ ไม่ว่าจะเป็น ควันบุหรี่ที่ผู้สูบบุหรี่ออกมา หรือควันที่ออกมาจากบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ ล้วนเป็นอันตรายต่อผู้ที่อยู่แวดล้อมทั้งสิ้น อาจแตกต่างกันก็ตรงที่ ผู้สูบบุหรี่ออกมาจะมีความเข้มข้นของสารพิษ น้อยกว่าควันบุหรี่ที่จุดทิ้งไว้ เพราะพิษบางส่วนเข้าไปติดตามหลอดลมและปอดของผู้สูบบ้างแล้ว ดังนั้น ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แต่อยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่ จึงมีโอกาสเจ็บป่วยได้เท่า ๆ กับผู้ที่สูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ๆ จะมีผลต่อสุขภาพร่างกาย คือ ทำให้เป็นมะเร็งปอด ถุงลมโป่งพอง หลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบหืด และเป็นปัจจัยเสริมโรคมะเร็ง

อากาศบริสุทธิ์ หมายถึง อากาศที่ไม่มีฝุ่นละอองจากถนน และแก๊สพิษต่าง ๆ เจือปนอยู่ ผู้ที่อยู่ในที่ ๆ มีอากาศบริสุทธิ์มักจะอายุยืน ดังเช่น ชาวหรรษา อายุยืนตั้งแต่ 100 - 200 ปี บางคนที่อยู่ไกลออกไปในที่ค่อนข้างกันดาร มีอายุถึง 140 ปีก็มี ดังนั้น ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้

3.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่นิยมปฏิบัติกันมีอยู่หลายวิธี ได้แก่

1) กายบริหาร จุดมุ่งหมายหลักของการทำกายบริหารคือ การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้อ (รวมทั้งเอ็นกล้ามเนื้อ) และข้อต่อ (ปลายกระดูก, เยื่อหุ้มข้อ, เอ็นยึดข้อ) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยใช้เวลาวันละ 5 - 15 นาที วิธีทำกายบริหารมีหลายรูปแบบ เช่น การบริหารแบบหัตถพละ การรำมวยจีน การฝึกโยคะ เป็นต้น แต่ละรูปแบบให้ผลต่างกันไปบ้าง ขึ้นอยู่กับความหนักเบาและระยะเวลาในการปฏิบัติ แต่ทุกรูปแบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหวได้ทั้งสิ้น

2) การฝึกแรงกล้ามเนื้อ การฝึกแรงกล้ามเนื้อมิใช่โดยใช้อุปกรณ์กับไม่ใช้อุปกรณ์ ในการฝึกโดยใช้อุปกรณ์ จะใช้ในการเสริมสมรรถภาพของกล้ามเนื้อเป็นพิเศษ ในนักกีฬาบางประเภท ส่วนในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดีและสามารถทำกายบริหาร และฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์ได้อยู่แล้ว สำหรับผู้สูงอายุ ถ้าหากปฏิบัติการบริหาร โดยมีท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อค่อนข้างมากประกอบอยู่ด้วยแล้ว ไม่จำเป็นต้องฝึกแรงกล้ามเนื้อเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป

3) การฝึกความอดทนทั่วไป เป็นการฝึกที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะทำให้การไหลเวียนเลือดและการหายใจดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุ มีสมรรถภาพทั่วไปดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการป้องกันโรคหลายชนิดในผู้สูงอายุ และช่วยฟื้นฟูสภาพ ในผู้ที่เกิดอาการของโรคจากการเสื่อมสภาพขึ้นแล้วด้วย ในการฝึกความอดทนทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุเลือกชนิดการฝึกที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม ระหว่างออกกำลังกาย ควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะตามการออกกำลังกาย การหายใจลึกอาจผ่อนออกทางปากด้วยก็ได้ ห้ามเร่งการหายใจให้เร็ว หมั่นสังเกตความหนักของการฝึก โดยอาศัยการสังเกตความเหนื่อย คือไม่เหนื่อย จนหอบ หายใจไม่ทันให้พัก 10 นาที จะรู้สึกหายใจเหนื่อย เป็นปกติ หรือเกือบปกติ อาจอาศัยการนับอัตราชีพจร กล่าวคือ เมื่อพักแล้ว 10 นาที อัตราชีพจร ควรลดลงต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที เมื่อฝึกไปได้ระยะหนึ่ง ความเหนื่อยจะน้อยลง และชีพจร ควรลดลงต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที เมื่อฝึกไปได้ระยะหนึ่ง ความเหนื่อยจะน้อยลง และชีพจรหลังจากออกกำลังกายต่ำกว่าเดิมอาจลองเพิ่มความหนัก (เช่น เดินหรือวิ่งให้เร็วขึ้น) ขึ้นทีละน้อย ถ้ามีความผิดปกติขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ดี เจ็บหน้าอก หายใจขัด ต้องลดความหนักลง หรือหยุดออกกำลังกายต่อไป

4) การเล่นเกม กีฬาเป็นรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกาย ที่ผู้สูงอายุอาจนำมาใช้ฝึกฝนร่างกายได้โดยมีทั้งข้อดีและข้อเสีย

ข้อดี คือ มีความสนุก ตื่นเต้น ไม่น่าเบื่อหน่าย มีแรงผลักดันที่ทำให้ฝึกซ้อมสม่ำเสมอ และได้สังคม

ข้อเสีย คือ จัดความหนักเบาได้ยาก บางครั้งอาจหนักเกินไปหรือน้อยเกินไป การแข่งขันบางครั้งเพิ่มความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่า

หากผู้สูงอายุจะเลือกการเล่นกีฬา เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พึงยึดหลักปฏิบัติ ดังนี้

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ให้ต่อเนื่องอย่างน้อย 20 - 30 นาที โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้ร่างกายท่านแข็งแรง กระฉับกระเฉง และที่สำคัญควรยึดหลักการออกกำลังกาย ดังนี้

- ไม่ควรออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน ควรออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลาย
- ควรออกกำลังกายให้ครบทุกส่วน ทุกข้อต่อของร่างกาย และควรออกกำลังกายในลักษณะราบเรียบสม่ำเสมอแทนการออกกำลังกายแบบรุนแรง และกระตุก
- ควรออกกำลังกายทั้ง 2 ข้างของร่างกายอย่างสมดุล ไม่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง

- ควรออกกำลังกายอย่างช้า ๆ ไม่หักโหม พยายามเริ่มต้นที่ละน้อยแล้วค่อย ๆ เพิ่มสูงขนาดที่พอเหมาะ

- ควรออกกำลังกายเป็นประจำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ประจำวัน

- ไม่ควรกลั่นแกล้งใจขณะออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงทันที

- หลังการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ ไม่ควรหยุดทันที ควรออกกำลังกายต่ออย่างช้า ๆ เป็นเวลาประมาณ 5 - 10 นาที แล้วจึงหยุด

5) การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันและงานอดิเรก มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ถูกลูกหลาน ห้ามใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน และห้ามทำงานอดิเรกที่ใช้ร่างกาย เนื่องจากความเข้าใจผิดว่า ผู้สูงอายุควรงดการใช้ร่างกาย และต้องพักผ่อนมาก แท้จริงการใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันหรือการทำงานอดิเรกที่ใช้ร่างกาย หากจัดให้พอเหมาะแล้ว จะเป็นการฝึกฝนร่างกายของผู้สูงอายุได้อย่างดียิ่ง งานอดิเรกหลายอย่างที่นอกจากให้ประโยชน์ทางสุขภาพ และจิตแก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังให้ผลประโยชน์ด้านการครองชีพอีกด้วย เช่น การทำสวน ซ่อมแซมเครื่องใช้ไม้สอย เลี้ยงเด็ก ฯลฯ แต่ทั้งนี้จะต้องจัดหรือปรับให้เข้ากับหลักของการฝึกฝนร่างกาย ทั้งในแง่ปริมาณ และส่วนประกอบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ปัจจัยในตัวเอง ปัจจัยนอกตัว และการพักผ่อน

รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน หรือวิ่งช้า ๆ (เหยาะ ๆ) ภายบริหาร ว่ายน้ำ – เดินในน้ำ ซี่จักรยาน รำมวยจีน โยคะ รำไม้พลอง เป็นต้น

3.4 อูจจาระ

การขับถ่ายของเสียหรืออุจจาระ มีความสำคัญมาก ๆ พอกับการย่อยอาหาร และการนำสารอาหารไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะเมื่อใดอาหารค้างค้ำในลำไส้ใหญ่ และไม่ถูกขับออกมาจากร่างกาย ก็เกิดการบูดเน่า และดูดซึมสารพิษที่เกิดจากการเน่าเสียของอาหาร กลับไปสู่ร่างกาย ยิ่งค้างค้ำนานเท่าใด ก็ได้รับสารพิษเพิ่มขึ้นเท่านั้น ร่างกายก็จะได้รับสารพิษ ไม่สบายมีอาการต่าง ๆ ด้านร่างกาย เช่น อึดอัด หายใจไม่สะดวก เป็นแผลร้อนใน ฯลฯ

อาหารที่มีผลต่อระบบการย่อยอาหารที่สมบูรณ์ คือ อาหารที่มีเส้นใยหรือกากอาหารที่เหลือจากการรับประทาน เมื่อเส้นใยผ่านลำไส้เล็กก็จะดึงก็จะดูดซับสิ่งสำคัญต่อร่างกาย ที่เหลือจะส่งต่อไปยังลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นอาหารที่ร่างกายย่อยไม่ได้ หรือเหลือจากการย่อย ความหนาของเส้นใยในกากอาหาร จะทำหน้าที่เหมือนไม้กวาดทำความสะอาดลำไส้

อาการท้องผูก คือ ภาวะที่การเคลื่อนไหวของอุจจาระ เป็นไปด้วยความยากลำบาก หรือเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้ไม่มีการถ่ายอุจจาระตามปกติ หรือการมีอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่ มีอาการถ่ายลำบากเวลาถ่ายใช้เวลาแบ่งมาก ถึงแม้ถ่ายทุกวัน อุจจาระแข็งจับตัวเป็นก้อน หรือถ่ายแล้วแต่ยังรู้สึกถ่ายไม่หมด หรือถ่ายไม่สุด หรือปวดท้องอยากถ่าย หรือเบ่งอยู่ตลอดเวลา และอาจกล่าวได้ว่าถ้าถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/อาทิตย์ ถือว่าท้องผูก แต่ถ้าถ่ายอุจจาระสะดวก คือ

อุจจาระนิ่ม ๆ แต่ถ่ายวันเว้นวันก็ถือว่าปกติ อาการท้องผูกพบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งนิสัยการถ่ายอุจจาระจะไม่เหมือนกันในแต่ละคน และอาจแตกต่างกันในแต่ละเวลาในคนคนเดียวก็ได้

อาการท้องผูกเพียงเล็กน้อย จะรู้สึกอึดอัด ท้องอืด แต่ถ้าเป็นมากและเวลายาวนาน อาจนำไปสู่การอุดตันของลำไส้ จากการที่อุจจาระจับตัวเป็นก้อนแข็ง จะมีปัญหาในการขับถ่าย เวลาถ่ายมีเลือดผสม หรืออาจต้องใช้เครื่องมือสวนออก และจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อการถ่ายอุจจาระ และมีผลต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป ดังนั้น จะเป็นการดีถ้าฝึกการขับถ่ายเป็นนิสัยสม่ำเสมอทุก ๆ วัน

3.5 อนามัย (ช่องปาก)

การดูแลช่องปากด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุ คือ การดูแลฟัน เหงือกและช่องปาก ฟันเป็นอวัยวะหนึ่งที่สามารถอยู่คู่กับร่างกายเราได้ตลอดชีวิต ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีฟัน เหงือก และสภาพช่องปาก ที่แข็งแรงสมบูรณ์ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปราศจากความเจ็บปวด ควรต้องปฏิบัติตนดังนี้

1) การทำความสะอาดช่องปาก โดยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ควรแปรงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า - ก่อนนอน ถ้าหากเป็นไปได้ ควรแปรงทันที หลังรับประทานอาหารทุกมื้อ วิธีแปรงฟันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คือ ฟันบนให้หงายแปรงเอียงทำมุม 45 องศากับตัวฟัน ฟันล่างให้คว่ำแปรงเอียง 45 องศากับตัวฟันเช่นกัน มีขนแปรงบางส่วนอยู่ที่คอฟันและของเหงือก ซึ่งบริเวณนี้ ควรจะเน้นเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นส่วนที่สะสมคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเหงือกอักเสบและฟันผุที่ต้องกำจัดออก ขยับแปรงไปมาสั้น ๆ เบา ๆ ในแนวนอน ให้ขนแปรงแทรกเข้าไปในขอบเหงือก และซอกฟัน ปิดขนแปรงจากขอบเหงือก โดยฟันบนปิดลง ฟันล่างปิดขึ้นด้านบดเคี้ยวไปมา แปรงให้ทั่วทุกซีกทั้งด้านในและด้านนอก แปรงฟันนาน 2 นาที โดยประมาณด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ซึ่งระยะเวลา 2 นาที จะช่วยให้ฟลูออไรด์มีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ และหลังแปรงฟันควรแปรงลิ้นเบา ๆ ลิ้นจะได้ปราศจากการหมักหมมของอาหารและกลิ่นของอาหารช่วยลดอาการมีกลิ่นปากด้วย หลังการแปรงฟันควรล้างแปรงสีฟันให้สะอาดสะบัดและผึ่งให้แห้ง ถ้าขนแปรงบานควรเปลี่ยนใหม่ประมาณ 3 เดือนต่อ 1 ด้าม การเลือกแปรงสีฟันควรเน้นที่ขนแปรงสีฟันให้มีขนอ่อนนุ่ม หรืออ่อนนุ่มพิเศษ จะไม่เป็นอันตรายต่อคอฟันและเหงือก

2) การดูแลทำความสะอาดฟันปลอม

(1) ฟันปลอมชนิดถอดได้ จะมีส่วนของตะขอในการยึดติดกับฟันข้างเคียง และมีฐานพลาสติกหรือโลหะ วางบริเวณเหงือกหรือเพดานปาก ซึ่งบริเวณเหล่านี้ อาจเป็นที่สะสมของเศษอาหารต่าง ๆ ได้ง่าย ดังนั้น ทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร จึงควรถอดฟันปลอม ออกมาทำความสะอาด พร้อมกับทำความสะอาดฟันแท้ในปาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุ การทำความสะอาดฟันปลอมชนิดถอดได้ ให้ใช้ยาสีฟันกับแปรงสีฟันที่มีขนอ่อนและควรมีภาชนะคอยรองรับ เพื่อกัน

ฟันปลอมตกแตก และที่สำคัญ ก่อนนอนต้องถอดฟันปลอมแช่น้ำไว้เสมอ เพื่อไม่ให้ฟันปลอมแตกหัก และเหงือกได้พักผ่อน

(2) ฟันปลอมชนิดติดแน่น จะใส่ทับลงไปบนซี่ฟัน หรือใช้ฟันข้าง เคียงช่องว่าง เป็นหลักยึด ดังนั้น ฟันปลอมชนิดนี้ จะไม่มีตะขอ หรือฐานบนเหงือก หรือเพดานปาก และไม่สามารถ ถอดออกได้ ฉะนั้น การรักษาความสะอาด นอกจากจะแปรงฟันตามปกติแล้ว ควรใช้ไหมขัดฟัน สอดเข้าทำความสะอาดใต้ฟันปลอม และขอบเหงือก หรืออาจใช้แปรงซอกฟันช่วยด้วย

3) การตรวจช่องปากด้วยตนเอง ต้องหมั่นตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดย อ้าปากดูจากกระจกเงาในที่สว่าง ตรวจฟัน เพื่อดูว่ามีรูผุ สีกร่อน บิ่น แตก มีฟันโยก คลอนหรือไม่ โดยใช้นิ้วที่ล้างสะอาดแล้วลองจับโยกดูเบา ๆ ตรวจเหงือก หมั่นตรวจสีผิวของเหงือกบริเวณซี่ฟันทุกซี่ ในปาก ซึ่งปกติควรมีสีชมพูซีด สังเกตดูว่า บริเวณใด ที่มีสีแดงเข้มจัด เป็นมัน บวมโต หรือเหงือกกรน ซี่ฟันยื่นยาวกว่าซี่อื่น ถ้ามี หรือสงสัย ว่า เป็นลักษณะดังกล่าว ให้รีบไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษา อย่างทันที และตรวจเนื้อเยื่อในช่องปาก สังเกตว่า บริเวณใด มีปุ่มก้อนของเนื้อเยื่ออ่อน ทั้งสีและ ขนาดโตผิดปกติ ต่างจากบริเวณอื่นทั่วไป อาจใช้มือที่ล้างสะอาดแล้วลูบคลำดู หรือการเกิดแผลเป็น ระยะเวลาานาน ๆ ไม่หาย ซึ่งถ้าสงสัยให้รีบไปพบทันตแพทย์

3.6 อุบัติเหตุ (การป้องกัน)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความว่องไวต่าง ๆ ย่อมลดลง ประสาทสัมผัส และการตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าจะลดลง การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็น มีประสิทธิภาพลดลง อาจมีความพิการหรือ ความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นแทน อุบัติเหตุมักเกิดขึ้นในช่วงนี้ และมีอาการรุนแรง การพักผ่อนคืนสภาพ จะใช้เวลานาน การป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด การเกิดอุบัติเหตุอาจเกิดขึ้นทั้งในบ้านและนอกบ้าน

อุบัติเหตุในบ้านที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ เช่น การลื่นหกล้มในห้องน้ำ ห้องครัว พลัด ตกบันได เดินสะดุดสายไฟ หรือพรมเช็ดเท้า ธรณีประตู ไฟไหม้ - น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าช็อต การใช้ ยาผิดประเภทและขนาด หรือบางครั้งอยู่ในที่เย็นนานเกินไป เป็นต้น สำหรับอุบัติเหตุนอกบ้าน อาจเกิดในขณะที่เดินข้ามถนน ขึ้น - ลงรถประจำทาง หรือ ขับ - ขี่รถ

ดังนั้น จึงควรป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

- (1) บ้านที่มีผู้สูงอายุควรเป็นบ้านชั้นเดียว
- (2) กรณีบ้าน 2 ชั้น ควรจัดห้องพักสำหรับผู้สูงอายุบริเวณชั้นล่าง
- (3) ห้องน้ำควรลดระดับจากระดับอื่น ๆ 3 - 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันน้ำไหล ออกจากห้องน้ำสู่ห้องอื่น ๆ

(4) ปูพรมอย่างกันลื่นให้เต็มพื้นที่ห้องน้ำ อุบัติเหตุจากการลื่นหกล้มในห้องน้ำ พบมาก และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

(5) การป้องกันอื่น ๆ เช่น ให้มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณทางขึ้นลงบันได ตั้งเตียงนอนในที่ ๆ เดินไปถึงได้โดยสะดวก ในความมืดไม่วางสายไฟบนพื้นบ้าน และอย่าเก็บของหนัก หรือของผู้สูงอายุต้องใช้ไว้ในที่สูง

ควรตรวจเครื่องไฟฟ้าทุกชนิดที่ต้องใช้เป็นประจำ เช่น สายไฟ ปลั๊กไฟ ให้อยู่ในสภาพดีอยู่เสมอ ไม่สัมผัสเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือที่เปียก ถอดปลั๊กกาต้มน้ำออกทุกครั้งก่อนเติมน้ำ หรือรินน้ำ ก่อนเข้านอนต้องถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดที่ไม่ใช้งานออก ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้แก๊สทุกชนิด ป้องกันการรั่วของแก๊ส หรือการระเบิด ในฤดูหนาวใส่เสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นได้เพียงพอ และเหมาะสม

2) การป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน

(1) การเดิน ให้ใส่รองเท้าหุ้มส้น ไม่ให้หลวมขณะเดียวกันระวัง ถนนลื่น ถ้าใช้ไม้เท้าต้องมีความพอเหมาะ และมียางกันลื่นที่ปลายด้าม ถ้าใช้ร่มที่สามารถมองทะลุปีกได้จะเป็นการดี ในการข้ามถนนต้องแน่ใจ ว่ามีเวลาพอในการข้าม โดยคำนึงถึงความเร็วในการเดิน ถ้าไม่แน่ใจ ควรขอร้องให้ผู้อื่นช่วยพาข้าม การเดินถนนในเวลากลางวัน ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีขาว หากไปในที่มืดควรมีไฟฉาย ถ้าเดินทางคนเดียวควรพกนกหวีดในกระเป๋า และเป่าเมื่อมีอุบัติเหตุหรือเหตุร้ายอื่น ๆ จะได้มีผู้ช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง

(2) การเดินทางโดยรถประจำทาง อย่านั่งหลังบนรถประจำทาง ระวังเมื่อรถหยุด หรือลดความเร็วอย่างรวดเร็วหรือหักเลี้ยวอย่างกะทันหัน ระวังถนนลื่นและรถกระชาก ถ้าไม่แน่ใจในการทรงตัวขณะขึ้น หรือลงจากรถให้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

(3) การขับรถ ควรขับช้าให้ช้าลง หากเป็นการขับรถทางไกลให้หยุดพักเป็นระยะ ๆ ไม่ควรขับทางไกลแบบไม่หยุดพัก และหากเป็นไปได้ควรขับเวลากลางวัน และงดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ในขณะที่ขับรถ แต่ถ้าไม่แน่ใจควรงดการขับรถ

3.7 อารมณ์

ตามธรรมชาติของมนุษย์ย่อมมีทั้งความสุขและความทุกข์ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา เมื่อใดที่มีความสุขก็ย่อมทำให้บุคคลข้างเคียงมีความสุขด้วย และเมื่อใดที่มีความทุกข์ก็ย่อมทำให้บุคคลข้างเคียงมีความสุขไปด้วยเช่นกัน

การยิ้ม หรือ หัวเราะ เป็นยาอายุวัฒนะ เมื่อเรามีการยิ้มหรือหัวเราะ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมน "ความสุข" ชื่อ "เอ็นโดฟิน" ซึ่งช่วยให้สามารถต่อสู้กับความกลัว ความ เครียด ระบบย่อยอาหารจะดีขึ้นกระตุ้นการเจริญอาหาร และระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีการผ่อนคลาย การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น สามารถต่อต้านและช่วยบรรเทาอาการกังวลและเจ็บปวดต่อโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ และช่วยในการปรับปรุงสมดุลของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย ช่วยขจัดสิ่งที่ไม่ต้องการในร่างกาย เช่น คอเลสเตอรอล และไขมันส่วนเกิน เป็นต้น

การหัวเราะ ทำให้ความตึงเครียดผ่อนคลายลง เป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด การหัวเราะ 1 นาที เท่ากับได้พักผ่อนนานถึง 45 นาที การหัวเราะ ถือเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง คนที่หัวเราะมาก ๆ จะมีชีวิตยืนยาว

การยิ้ม คนที่ยิ้มทุกครั้งเมื่อมีโอกาส คนที่มองโลกในแง่ดีและเห็นว่าชีวิตสดใส อยู่เสมอ จะมีโอกาสเจ็บป่วยได้น้อยกว่าคนอื่น คนที่รู้จักผ่อนคลาย และยิ้มอยู่เสมอไม่เพียงแต่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้นเท่านั้น ยังสามารถทำให้ผู้อื่นมีอารมณ์ดีขึ้นด้วย เวลาเรายิ้มอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลง ความดันโลหิตและระบบต่าง ๆ ในร่างกายผ่อนคลายลง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย รวมทั้งช่วยให้ดูอ่อนกว่าวัย คนที่พบเห็นรู้สึกมีชีวิตชีวาสดชื่น กระปรี้กระเปร่า จึงสรุปได้ว่าการยิ้มทำให้คนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้

3.8 อติเรก

ความสุขหลังเกษียณอายุจากการทำงานนั้น ขึ้นอยู่กับอารมณ์ที่แปรเปลี่ยนไป การปรับสภาพของตนเอง ไหวพริบและความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน คนที่ไม่ได้สนใจในการทำงานอื่น ๆ นอกจากงานที่เคยทำ หรือไม่ได้เตรียมงานทำหลังเกษียณ จะมีผลทำให้อายุสั้นหลังเกษียณไปก็ปี ซึ่งจะตายด้วยโรคแห่งความเบื่อหน่าย และการสูญเสียความทรงจำต่าง ๆ ตรงกันข้ามกับผู้เกษียณที่มีงานอดิเรกทำ จะใช้เวลาไปกับงานอดิเรกไม่มีเวลาว่างในการคิดฟุ้งซ่าน ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และมีอายุยืนยาวต่อไปอีกหลายปี

ผู้เกษียณเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และความชำนาญสามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ได้มาก

ท่านพุทธทาส กล่าวว่า ชีวิตคืองาน งานคือชีวิต งานคือการปฏิบัติธรรม การเข้าสู่วัยชรา มิได้หมายความว่า หหมดสมรรถภาพในการทำงานต่าง ๆ โดยสิ้นเชิง ดังนั้น ควรให้ผู้สูงอายุมีงานทำตามความพอใจและเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

3.9 อบอุ่น

มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอยู่ร่วมกัน ไม่มีใครอยู่คนเดียวในโลก ชีวิตจะมีความหมาย และมีชีวิตชีวาเมื่อมีความสัมพันธ์กับคนอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่ยังต้องมีความสัมพันธ์กับคนอื่น ทั้งนี้เพื่อให้ไม่ว่าง และว่าเหว ทำให้อารมณ์สดชื่น มีชีวิตชีวา และช่วยแบ่งเบางานที่ไม่สามารถทำคนเดียวได้ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เป็นธรรมดาที่เมื่อถึงวัยสูงอายุ ก็มักจะความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง บางคนลูก ๆ โตขึ้นและจากไปมีครอบครัวของตัวเอง บางคนคู่ชีวิตตายจากไปก่อนหรือหย่าร้างไป เพื่อนฝูง คนรู้จัก แยกย้ายไปอยู่ที่อื่นหรือตายจากไป ความเป็นไปเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมาก ทำให้รู้สึกขาดความอบอุ่นใจ ดังนั้นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความอบอุ่นใจและมีอายุยืนยาวได้คือ

1) ครอบครัว

ความผูกพันในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐาน และเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่แน่นแฟ้นและยืนนาน ในฐานะที่เป็นลูกหลานควรมีการทดแทนบุญคุณพ่อแม่ที่เป็นผู้ให้ชีวิตและเลี้ยงดูจนเจริญเติบโต ได้ศึกษาเล่าเรียนและมีอาชีพการงาน ดังนั้น ในฐานะที่เป็นลูกหลาน ควรดูแลให้พ่อแม่ หรือผู้สูงอายุ ให้อยู่ได้ตามสถานภาพที่ควรจะเป็น และตามศักยภาพของตนไม่ควรส่งพ่อแม่ หรือผู้สูงอายุไปอยู่บ้านพักคนชรา ซึ่งจะมีผลต่อสภาพจิตใจ ว่าเหว่ เหงา ไร้ความสุขใดที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขเท่ากับการได้อยู่กับลูกหลาน

2) เพื่อน

การมีเพื่อนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยเฉพาะเพื่อนที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุขหรือเคยทำงานด้วยกัน ดังนั้น ควรคงความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันไว้ และหาเพื่อนใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนเพื่อนเก่าที่ตายจากไป ซึ่งการที่จะหาเพื่อนใหม่ได้นั้นจะต้องแสดงความสนใจ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มองโลกในแง่ดี และหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผล ทอບแทนและไม่เรียกร้องความสนใจและไม่ขี้บ่น

มิตรภาพจะเกิดขึ้นได้ทุกเพศ ทุกวัย แม้ต่างวัยก็ตาม ซึ่งจะเป็นการก่อให้เกิดประโยชน์เกื้อกูลซึ่งกันและกัน เอื้ออาทร ซึ่งกันและกัน ช่วยปรับทุกข์ พุดคุย ปรีกษาหารือ หรือทำงานร่วมกันมีผลทำให้ไม่เหงาและรู้ว่าตนเองมีคุณค่า

การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ลูกหลาน และเพื่อนฝูง จะนำมาซึ่งความสุขแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ตามปกติผู้สูงอายุมีความรู้และประสบการณ์ในชีวิตและการทำงานมากกว่าคนหนุ่มสาว สามารถเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มาก การให้โอกาสผู้สูงอายุแสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ จะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจ แต่สิ่งที่ผู้สูงอายุควรคำนึงถึงเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและอบอุ่นคือ

- (1) อยู่เป็นร่วมโพธิ์ ร่มไทร แก่ลูกหลาน ไม่ยุ่งเกี่ยวกับกิจการของลูกหลาน
- (2) ไม่จู้จี้ขี้บ่น เจ้าอารมณ์ กับลูกหลาน และสั่งสอนลูกหลาน นอกจากการที่ลูกหลานขอคำปรึกษาในแต่ละครั้งเท่านั้น
- (3) ควรยึดถืออุเบกขา
- (4) รักษาวาจาสัตย์ เพื่อเป็นที่เคารพของลูกหลานและญาติมิตร

3.10 อนาคต

ผู้ที่เกษียณอายุการราชการ หรือการทำงานประจำ หรือผู้ที่เดินทางบนเส้นทางสายที่ 61 อาจจะทำให้ชีวิต เป็นชีวิตที่มีค่า และมีความสุขยิ่งกว่าชีวิตก่อนเกษียณ เพราะชีวิตหลังเกษียณเรามีเวลาเป็นของตนเอง มีเวลาว่างมากกว่าเมื่อยังต้องทำงานราชการหรืองานประจำ ทำให้มีโอกาสได้ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ยิ่งขึ้น โดยอาจจะใช้เวลาในการทำงานที่เราพอใจ เป็นงานอดิเรกหรืองานที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนสังคมและประเทศชาติ

อนาคตของผู้สูงอายุก็คือ ทำอย่างไรจึง “แก่อย่างมีค่า ขราอย่างมีความสุข”

ผู้สูงอายุควรรหาผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเดียวกันกับตน หรืออยู่ในวัยที่สูงกว่าตน ซึ่งได้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความสุข เป็นแบบอย่าง เพื่อที่ตนจะได้ใช้ชีวิต "แก่อย่างมีคุณค่า ขราอย่างมีความสุข" กล่าวคือ มีชีวิตที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคม ขณะเดียวกันก็มีชีวิตที่เป็นสุข ปราศจากความวิตกกังวล ความว้าเหว่ และความหมดอาลัยตายอยากในชีวิต

พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดความว้าเหว่ ความหงอยเหงา และเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว และแนะนำให้ใช้อธิปไตย 4 ในการทำให้อายุยืนยาว ตามคำสอนของพระพุทธเจ้า ที่ได้ตรัสกับพระอานนท์ถึงอำนาจแห่งความปรารถนาของจิตใจว่า อธิปไตย 4 ได้แก่ ฉันทะ คือมีใจรัก วิริยะ คือพากเพียร จิตตะ คือเอาใจใส่ และวิมังสา คือ ใช้ปัญญาสอบสวน ผู้ที่ต้องการมีอายุยืนยาวจะต้องมีฉันทะ วิริยะ จิตตะและวิมังสา

กายกับจิต เป็นของคู่กัน และเกี่ยวข้องกันเสมอ กายดำรงอยู่เป็นปกติสุขเพราะอาหารเป็นสิ่งสำคัญ มีวัตถุธาตุและธาตุเป็นอาหารฉันทะ จิตเป็นปิติและรสแห่งธรรมก็เป็นสิ่งประโลมใจเป็นอาหารของจิตฉันทะนั้น ความสุขกายและจิตจะเกิดได้ต้องรู้จักบริหารกายและจิตในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจผ่องใสอยู่เสมอ

การที่จะไม่ให้เกิดความว้าเหว่ หงอยเหงา จะต้องฝึกจิตให้รู้ทันโลกธรรม และมองชีวิตเหมือนโรงละคร และให้จิตใจมีสิ่งประโลมใจ ในสิ่งที่ไม่ผิดศีลธรรมอยู่เสมอ ชีวิตจิตใจจึงจะไม่เกิดความว้าเหว่ หงอยเหงา เช่น การทำงานที่ใจรัก ใฝ่ใจในธรรม ในธรรมชาติ ในการกีฬา ในการบริหารกายและจิต ในการท่องเที่ยวในศิลปกรรม ในวรรณกรรม ในการสมาคม ในการศึกษา หาความรู้ และกระทำความดี ในการบำเพ็ญกุศล บำเพ็ญประโยชน์ ช่วยทุกข์ผู้อื่น สุดแต่ใครจะพอใจ ในทิศทางใด เพราะสิ่งเหล่านี้จะยังให้เกิดความสุขใจได้

4. ครอบครัว ชุมชน กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.1 ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

“ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” เป็นวิสัยทัศน์ของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ที่พวกเราทั้งหลายควรยึดถือ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ทำคุณประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมมาก่อน เริ่มตั้งแต่บทบาทหน้าที่ของพ่อแม่ผู้ให้กำเนิด เลี้ยงดูบุตรหลานให้ร่างกายเจริญเติบโตสุขภาพแข็งแรง จิตใจเป็นสุขและอบอุ่น ส่งเสริมให้ได้ศึกษาเล่าเรียน บทบาทหน้าที่ในการอบรมสั่งสอนบุตรหลานในครอบครัว ช่วยเหลืองานบ้าน การประกอบอาหาร ช่วยดูแลบ้าน ช่วยเลี้ยงดูหลานที่เป็นทายาทของบุตร ช่วยเหลือ

ด้านการเงิน และเป็นที่ปรึกษาในการตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัว ดังนั้น เมื่อถึงวัยที่ท่านสมควรได้รับการตอบแทนโดยการดูแลด้วยความเอื้ออาทรและห่วงใยท่าน การดูแลผู้สูงอายุนับว่าเป็นภารกิจที่สำคัญสำหรับครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จำเป็นต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และตระหนักว่าความสูงวัยเป็นภาวะที่จะต้องเกิดกับทุกคน ความเข้าใจและความตระหนักนี้จะทำให้สามารถปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และนำมาซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และส่งผลถึงความผาสุกของผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วยเช่นเดียวกัน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว และตัวผู้สูงอายุ การดำเนินบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจะเป็นไปด้วยความเหมาะสม จำเป็นต้องเริ่มที่ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อความสูงวัย จึงจะทำให้การดูแลและเอื้ออาทรผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างแท้จริง การส่งเสริมให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ครอบครัวจะต้องให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ เป็นผู้เอื้ออำนวยความสุข ความสะดวก ปลอดภัย และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ และให้ความรัก ความอบอุ่นใจได้อย่างดีที่สุด หากครอบครัวนั้นมีความเข้าใจซึ่งกันและกันและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ดังนั้น ควรช่วยเหลือสนับสนุนเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว

การที่จะทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุนั้น มีความยากง่ายต่างกันไปในแต่ละครอบครัว ขึ้นอยู่กับพื้นฐานสัมพันธ์ภาพดั้งเดิมในอดีตที่ผ่านมา ควรเริ่มต้นจากการที่ทำให้เกิดทัศนคติที่ดี คำนึงถึงคุณงามความดีของผู้สูงอายุ พระคุณที่ให้กำเนิด ยึดถือธรรมะ คือ ความกตัญญูกตเวทิตะเป็นที่ตั้ง สัมพันธ์ภาพที่ดีจะเกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ครอบครัวปฏิบัติดังนี้

1) ทำความเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีความต้องการพื้นฐานบางประการแตกต่างกันบ้าง ขึ้นอยู่กับ สถานะส่วนบุคคล ประสบการณ์ชีวิต ลักษณะนิสัย ความคิด ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ภาวะเศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งครอบครัวจำเป็นต้องทำความเข้าใจตามสภาพที่แท้จริง แต่ความต้องการโดยทั่วไปที่ผู้สูงอายุมีความต้องการใกล้เคียงกัน สรุปได้ดังนี้

(1) ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การหลับนอน การพักผ่อน การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การสวมใส่และเสื้อผ้าตามความเหมาะสมกับฤดูกาล และการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

(2) ความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก ความสนใจเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ความเคารพ การยอมรับและยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว

(3) ความต้องการด้านการเงิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีรายได้ บุตรหลานไม่มีเวลาอยู่ด้วย ครอบครัวควรให้ความสนใจและให้การสนับสนุนเท่าที่สามารถทำได้

2) ให้การตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุ

(1) ให้การตอบสนองตามความต้องการด้านร่างกาย โดยดูแลให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายตามควร

(2) พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

(3) ให้ความเคารพ รักและยกย่อง โดยแสดงกิริยาวาจาที่สุภาพอ่อนโยน และอ่อนน้อม ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ทำให้ภาคภูมิใจเฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น ให้ของขวัญหรือจัดงาน วันเกิด วันครบรอบแต่งงาน (ในกรณีที่ยังอยู่กับคู่สมรส) นัดชุมนุมญาติพี่น้องในวันผู้สูงอายุ หรือวันสงกรานต์ เป็นต้น

(4) ไม่ทิ้งให้อยู่ตามลำพัง พบปะพูดคุยอย่างสม่ำเสมอ รับฟังอย่างตั้งใจในเรื่องที่ผู้สูงอายุพูด และพูดในเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข

(5) ให้การสนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้จ่าย และจัดหาสิ่งของที่จำเป็นในชีวิตประจำวันตามควรอย่างสม่ำเสมอ

(6) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม ตามที่ผู้สูงอายุต้องการและตามความเหมาะสม เช่น เป็นที่ปรึกษาปัญหาสำคัญของครัว เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่า

4.2 ชุมชนกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ชุมชนหรือสังคมถือเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ชุมชนที่มีสัมพันธภาพที่ดี มีผู้นำชุมชนที่สนใจเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความสุข

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตจะเป็นไปในเชิงรุกมากยิ่งขึ้น โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based care) เช่น การบริการพยาบาลระดับต้น การดูแลที่บ้าน การดูแลโดยชุมชน เป็นต้น รูปแบบการบริการมีลักษณะการบูรณาการทั้ง ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ รักษาภาวะเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ เป็นทีม สหสาขาวิชาทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม โดยชุมชนและองค์กรในชุมชนจะมีส่วนร่วมในระบบบริการเป็นทางการ (formal care) ที่เกิดจากชุมชนและเครือข่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะเครือข่ายผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาขาของสภา ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยเป็นแกนกลาง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

องค์กรและบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นแหล่งประโยชน์ และเป็นผู้เชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น จากการสังเกตติดตามการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยคณะผู้วิจัยเอง พบว่า ปัจจุบันนี้ในหลายชุมชนจะมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาคีเครือข่าย ทำงานประสานสัมพันธ์กัน ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้บริการที่สมบูรณ์แบบมากขึ้น ในหมู่บ้านต่าง ๆ จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด และช่วยทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างคนต่างวัยในชุมชน ดังนั้น จึงถือได้ว่าชุมชนและผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

สำหรับการบริการที่องค์กรในชุมชนจัดให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น

1) จัดให้มีสถานที่สำหรับทำกิจกรรมของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ในหน่วยงานต่าง ๆ ตามความเห็นชอบร่วมกันของคนในชุมชนนั้น ๆ เช่น สถาบันการศึกษา วัด ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ศูนย์การเรียนรู้ของหมู่บ้าน โรงพยาบาลทุกระดับ เป็นต้น

2) จัดตั้งศูนย์ต่าง ๆ เพื่อดำเนินกิจกรรมผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการโดยผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุเอง และคอยเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3) จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น ออกกำลังกายประจำวัน ให้ความรู้ในด้านการงาน อาชีพ พาไปทัศนศึกษาหรือเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุในชมรมอื่น ปฏิบัติศาสนกิจในวันสำคัญทางศาสนา ทำทานในสถานสงเคราะห์ กิจกรรมนันทนาการ จัดงานรื่นเริงในวันสำคัญ เช่น วันที่ 13 เมษายน ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ วันปีใหม่ โดยพยายามให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกตามความสามารถและตามใจชอบ รวมทั้งจัดให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญา แก่กลุ่มคนวัยอื่นในชุมชน ต่างชุมชน หรือในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เป็นต้น

4) ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย เช่น ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพ และรักษาโรคเบื้องต้น เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามปัญหาสุขภาพ เป็นต้น

5. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพเป็นภาวะหนึ่งเดียวที่ผสมผสานกาย จิต วิญญาณ เพื่อให้บรรลุถึงระดับคุณภาพชีวิตที่สูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในแต่ละช่วงเวลา ภาวะสุขภาพจึงเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงได้ตลอดช่วงชีวิตของบุคคล (ลินจง โปธิบาล, 2550) แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ องค์กรประกอบด้านปัจเจกบุคคล องค์กรประกอบ

ด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบด้านระบบสาธารณสุข **ประเทศแคนาดา** กำหนดปัจจัย 9 ตัว คือ รายได้และสถานะทางสังคม การศึกษา การมีงานทำและสภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรม เครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและทักษะชีวิต การพัฒนาในวัยเด็ก และบริการสุขภาพ **ประเทศอังกฤษ** ได้แบ่งปัจจัยเป็น 5 ระดับ คือ ปัจจัยที่อยู่ในตัวมนุษย์เอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของมนุษย์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทางสังคมและเครือข่ายในชุมชน เงื่อนไขในการดำเนินชีวิตและเงื่อนไขในการทำงาน และเงื่อนไขโดยรวมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และ **ชุมชนลุ่มน้ำมูลตอนล่าง** ได้แบ่งปัจจัยเป็น 7 กลุ่ม ได้แก่ การมีอยู่ มีกินอย่างเพียงพอ การมีอาชีพที่มั่นคง มีครอบครัวที่อบอุ่น มีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจร่าเริง เบิกบาน อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน และมีทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต (ตาริวรรณ เศรษฐีธรรม, กาญจนา นาถะพินธุ และวรรณภา อธิติชะ, 2547) และจากการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 62 ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2552 ได้มีมติร่วมกันในแนวทางการพัฒนาสุขภาพใหม่ที่ชื่อว่า "ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม" (Social Determinants of Health) และได้กล่าวถึงปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพไว้หลายประการ เช่น ความไม่เป็นธรรมทางสังคม ในเรื่อง อำนาจ เงิน ทรัพยากร ชนชั้น ระหว่างหญิงและชาย ระหว่างผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดและชุมชนทั่วไป และความไม่เป็นธรรมระหว่างชาติพันธุ์ เป็นต้น (สุพจน์ เต็นดวง, 2552) ดังนั้น ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงอาจมีความแตกต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก จากการศึกษาปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุตามที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและอาจกล่าวได้ว่าเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การศึกษาและความรู้ ปัจจัยทางเพศ ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน/สังคม

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประชากรผู้สูงอายุมิรายได้น้อย และเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากความยากจนถือว่าเป็นอุปสรรคในการอันดับต้นในการป้องกันปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ จากการศึกษารวบรวมข้อมูล พบว่า รายได้ต่อประชากรของประเทศ (GNP per Capita) ของประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มรายได้น้อยระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 766 – 3,055 US Dollar ในขณะที่ประเทศ บังคลาเทศ ภูฏาน อินเดีย สาธารณประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี เมียนมาร์ เนปาล และศรีลังกา ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่อประชากรของประเทศน้อยกว่า 766 US Dollar ข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นหลักฐานสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการให้บริการทางด้านดูแลสุขภาพ

ปัจจัยด้านการศึกษาและความรู้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้รับทราบข้อมูลความรู้และสามารถเข้าใจได้ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมั่นใจ ตลอดจนเลือกรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติตนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนที่มีการศึกษาจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรม หรือโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า ได้มีการจัดการศึกษาในระบบสำหรับผู้สูงอายุมากขึ้น ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลทางการศึกษาพบว่าประชากรสูงอายุในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนในบังกลาเทศและอินเดีย ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมด้าน อาหาร และโภชนาการ การเลือกรับอากาศ การออกกำลังกาย การขับถ่ายอุจจาระ การรักษานามัย (ช่องปาก) การป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาอารมณ์ การทำงานอดิเรก การดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างอบอุ่น และการสร้างอนาคตให้ตนเองเสมอ โดยทำให้ตนเองมีคุณค่าคือการทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่สามารถทำได้ ไม่หยุดนิ่ง การดูแลสุขภาพตนเองนับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์โดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพหลายปัญหาสามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคข้อเสื่อม เป็นต้น ภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงพลังงานที่มีอยู่ภายในตัว การทำหน้าที่ของระบบอวัยวะต่าง ๆ โดยจะเป็นผลมาจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลา (ลินจง โปธิบาล, 2550)

ปัจจัยทางเพศ เป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อัตราการเกิดปัญหาสุขภาพและการเกิดโรคในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น ในการจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุหญิงและชาย

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุมีความสำคัญมากต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ เพราะสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยจะทำให้เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นอันตราย และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและบุคคลที่เกี่ยวข้อง บางครั้งอาจทำให้เกิดความพิการอย่างถาวร หรือรุนแรงถึงชีวิต

ปัจจัยทางสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน/สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน เนื่องจากช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับจากสังคม มีความเชื่อมั่น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

6. การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม และมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์

ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีองค์ประกอบของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวกันในบุคคลนั้น ความผิดปกติทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลรวมของทุกมิติสุขภาพ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) สุขภาพแบบองค์รวม เป็นปรัชญาของการมีสุขภาพที่ดี โดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในทุกด้าน ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิกริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีที่สุด

การประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระเบียบครอบคลุมในทุกมิติของบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการวินิจฉัยตัดสินภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้หลักของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม และใช้ตัวชี้วัดสุขภาพมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ (กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) เป็นหลักในการดำเนินการวิจัย ซึ่งขอเสนอสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

6.1 หลักการของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- 1) วัตถุประสงค์เพื่อทราบสุขภาพและความสามารถในการพึ่งพาตนเอง
- 2) จุดเน้น ความสามารถในการทำหน้าที่ให้เต็มตามศักยภาพ
- 3) ครอบคลุม องค์ประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
- 4) ผู้ประเมิน ทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 5) ตัวชี้วัด คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่คงที่หรือดีขึ้น
- 6) ประสิทธิภาพการประเมินที่เป็นระบบในเวลาที่เหมาะสม

6.2 มาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ (กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

- 1) มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

(1) สุขภาพกายที่พึงประสงค์ คือ ปราศจากประวัติและอาการของโรคต่าง ๆ

ดังนี้

- โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (หัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน โรคข้อเสื่อม โรคเอดส์ และวัณโรค)

- โรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ ให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 150/90 mmHg โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 150 mg%)

(2) สุขภาพจิต ตามที่พึงประสงค์

- เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและหรือ/เพื่อนบ้านเป็นประจำ
- ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิต หรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตที่ไม่ต้อง

ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- รู้สึกว่าตนเองมีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)
- รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

เกณฑ์การประเมินสุขภาพจิต แบ่งเป็น 4 ระดับ พิจารณา ดังนี้

มี 4 ข้อ = ดีมาก

มี 3 ข้อ = ดี

มี 2 ข้อ = พอใช้

มี 1 ข้อ = ไม่พอใช้

ไม่จำกัดว่าจะขาดข้อใด ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ ถือว่าสุขภาพจิตดี

2) มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่

ฟันถาวรที่ใช้งานได้ คือ ฟันที่อยู่ในสภาพดีสามารถใช้งานได้ และไม่เป็นโรคจนไม่สามารถเก็บรักษาได้ ได้แก่

- (1) ตัวฟันต้องไม่เหลือน้อยจนไม่สามารถบูรณะใช้งานได้
- (2) ฟันต้องไม่ผุลุกลามทะลุโพรงประสาทฟันจนไม่สามารถรักษาคลองราก

ฟันได้

- (3) ฟันต้องไม่ผุจนเหลือแต่ราก
- (4) ฟันต้องไม่โยกจากโรคปริทันต์จนเก็บรักษาไว้ไม่ได้

3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

นิยาม ดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) เป็นมาตรการที่ใช้ประเมินภาวะอ้วน - ผอม ในผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทุกคนสามารถกระทำได้ด้วยตนเองโดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและวัดส่วนสูงเป็นเมตรและนำมาคำนวณหาดัชนีมวลกาย

$$\frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ดังนั้น ดัชนีมวลกายจึงมีหน่วยเป็น กิโลกรัม/ตารางเมตร (กก./ม.²)

- ค่าปกติของดัชนีมวลกาย เท่ากับ 18.5 - 24.9 กก./ม.²
- ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กก./ม.² = อ้วน
- ค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่า 18.5 กก./ม.² = ผอม

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย โดยทราบว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25.0 กก./ม² หรือต่ำกว่า 18.5 กก./ม² มีอัตราการตายสูงกว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 24.9 กก./ม² ดังนั้น จึงได้มีการใช้เกณฑ์ดังนี้ เพื่อประเมินภาวะพลังงานที่สะสมไว้ในร่างกายของผู้ใหญ่ทุกอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ดังนี้

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (กก. / ม. ²)	
ผอม	ระดับ 1	17.0 - 18.4
	ระดับ 2	16.0 - 16.9
	ระดับ 3	< 16.0
ปกติ	18.5 - 24.9	
อ้วน	ระดับ 1	25.0 - 29.9
	ระดับ 2	30.0 - 39.9
	ระดับ 3	> 40.0

- 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีเกณฑ์ดังนี้
 - (1) ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้
 - (2) สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง
 - (3) สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

6.3 วัตถุประสงค์ของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

- 1) สามารถบอกได้ถึง สุขภาวะทางกาย สภาวะทางอารมณ์และสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่
- 2) เพื่อนำไปสู่การวางแผน การดูแล - รักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหา และการฟื้นฟูสภาพ
- 3) เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี/สร้างเสริมความสามารถ/ส่งเสริมการหาย

6.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ นักวิชาการในทีมสหสาขาวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้สร้างแบบประเมินภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ไว้หลายรูปแบบ เช่น แบบประเมินดัชนีมวลกาย BMI [body mass index] แบบประเมินเส้นรอบเอว (Waist circumference) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล: Barthel's ADL index) แบบประเมินสภาพร่างกายทั่วไป และแบบประเมินสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้เลือกใช้การประเมินตามมาตรฐานผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ซึ่งมีการประเมินหลัก 4 ข้อ ได้แก่ 1) มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ 2) มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ปี 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล : Barthel's ADL index) มาใช้ในการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพจนเป็นที่ยอมรับในการประเมินสภาพผู้สูงอายุโดยทั่วไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2548)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับเวลาการศึกษาวิจัย ดังนี้

ชลลดา ภักดีประพฤทธ์, จารุวรรณ เหมะธรร, วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล และ อรุณช ภาชื่น, (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวขยายจะมีความสุขและได้รับการตอบสนอง ความต้องการสูงสุด

มูทิตา พันภัยพาล, สมพร เตรียมชัยศรี และ ไพลีน นกุลกิจ. (2545) ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จด้านสุขภาพองค์รวมในผู้สูงอายุชาวไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 8 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการประสบความสำเร็จในด้านสุขภาพองค์รวม ปัจจัยทำนาย คือ สถานภาพสมรส การรับรู้สุขภาพตนเองว่าดีมากและดี มีบ้านอยู่ใกล้ และห่างพอสมควรจากตลาด วัด และรับการสนับสนุนด้านการให้ความมั่นใจ ในการดูแลสุขภาพตนเอง จากเจ้าหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุและบุคลากรด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ทั้ง 4 ภาค ของประเทศไทย พบว่า มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสุขภาพเรื่องโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงสุดทุกกลุ่มอายุ คือ พบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ ในขณะที่ภาพรวมของทุกกลุ่มอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวร้อยละ 15.5 ภาคเหนือ เป็นภาคที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนของผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกภาค คือ ร้อยละ 59.2 ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาโรคเรื้อรังต่ำกว่าทุกภาค เมื่อพิจารณา กลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มอายุ 70 - 74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป

มีสัดส่วนของผู้ที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปี สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวนั้น ร้อยละ 42.66 เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมา คือ โรคของต่อมไทรอยด์ (24.34%) โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ (20.85%) โรคระบบทางเดินอาหาร (8.48%) และโรคระบบทางเดินหายใจ จากรายงานคณะทำงานพัฒนาดัชนีวัดภาวะโรค ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ระบุว่าผู้สูงอายุไทยสูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคไม่ติดต่อเป็นร้อยละ 85.2 ของสาเหตุการสูญเสียจำนวนปีที่มีสุขภาพดี และ ร้อยละ 11.3 จากโรคติดต่อ ร้อยละ 3.5 จากอุบัติเหตุโดยจำนวนการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life year : DALY) คือ จำนวนปีที่ได้จากการที่คำนวณจากการเสียชีวิตจากวัยอันควรรวมถึงการสูญเสียคุณภาพชีวิตจากการเจ็บป่วยหรือพิการ โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 60 ของประชากรโลก โรคเรื้อรังรวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองที่ทำให้เกิดปัญหาอัมพฤกษ์ อัมพาต มะเร็ง โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน ในขณะที่การพิการทางการเห็น การได้ยิน และโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ ก็จัดเป็นภาวะเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อภาวะโรคหรือกระทบต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

รจนา เวชกามา (2548) ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลตองปิด จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางการให้บริการแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา พบว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีทิศทางการดูแลสุขภาพที่อยู่ในระดับน้อยจนถึงน้อยที่สุด ได้แก่ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การไม่หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีแป้งน้ำตาลและไขมัน การดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 - 8 แก้ว มีเพียงการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ และการพบปะพูดคุยในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเท่านั้นที่มีระดับพฤติกรรมที่มากและมากที่สุด

วิภาพร สิทธิสาตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม (2550) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก รวม 6 ด้าน ข้อคำถามในแต่ละด้านมีคะแนนเต็ม 4 ตามความถี่ในการปฏิบัติ ผลการวิจัย พบว่า 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.58 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.58 3) ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.43 4) ด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่าง รับประทานอาหารรสเค็มจัดมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.80 5) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างพยายามทำใหู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.61 และ 6) ด้านการพัฒนาด้านการจัดการกับความเครียด กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีสติมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.56

พิพัญญา และคณะ (2551) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์บริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเปราะบาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 เพศชายร้อยละ 30.4 มีสถานภาพหม้ายมากที่สุด ร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 37.2 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 94.7 มีระดับการศึกษา จบระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 71.1 มีรายได้ที่ต่ำกว่าต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 44.8 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 27.5 และผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่เพียงพอ ร้อยละ 81.5 ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับเบี้ยยังชีพแล้ว ร้อยละ 53.8 แต่มีผู้สูงอายุไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 45.4 ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุเปราะบางไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ ส่วนการได้รับบริการทางสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 72.7 โดยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 63.1 รองลงมาคือได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจเบาหวาน ร้อยละ 53.2 แต่ยังมีผู้สูงอายุเปราะบางไม่ได้รับการตรวจสุขภาพถึงร้อยละ 24.9 ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 42.7 รองลงมาทราบว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 27.9 และผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2.8

รายงานการวิจัยสถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (2551) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.60 อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 50.0 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 98.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 71.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 50.30 และผู้ที่คอยดูแลผู้สูงอายุขณะเจ็บป่วยเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 60.6 พบว่า ลักษณะบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวสองชั้น ร้อยละ 49.5 และห้องนอนของผู้สูงอายุอยู่ชั้นบนต้องขึ้นบันได ร้อยละ 73.7 บ้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ใกล้สถานบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 44.5 และมีความสะดวกในการเดินทาง บริเวณชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ส่วนใหญ่มีร้านขายยา ร้อยละ 51.6 และพบว่า จากการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองผู้สูงอายุ ประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 39.26 รองลงมาประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีร้อยละ 34.43 โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็น 5 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม/ปวดข้อ และโรคกระเพาะ/ลำไส้ ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 74.4 ซึ่งได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตมากที่สุด ในขณะที่เจ็บป่วยผู้สูงอายุเลือกใช้บริการทางการแพทย์ที่มีแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 84.82 ซึ่งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่จากแพทย์มากที่สุดร้อยละ 95.87 ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำหรือการดูแลด้านอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหอบหืด และการได้รับคำแนะนำ

การใช้ยาและผลข้างเคียงของยา จากบุคลากรทางการแพทย์ กับโรคที่เป็นอยู่ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และต่อมลูกหมากโต

สมจิตร์ วงศ์บรรเจิดแสง (2552) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การดูแลตนเองมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ โดยสิ่งที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติถิรศักดิ์ (2553) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายความว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง และการสนับสนุนทางสังคมจาก ชุมชน เพื่อน และเพื่อนบ้าน มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และย่อมมีผลถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีด้วย

ศิวนารถ จารุพันธ์ และคณะ (2554) ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองป่าบุญมีแบบประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร่าลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการที่คณะผู้วิจัย ได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในตำบลโคกโคเฒ่า (เสนอรายละเอียดในบทที่ 4) สรุปได้ว่า มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน จากแนวคิดที่กล่าวว่า คนเป็นองค์รวม เมื่อกล่าวถึงภาวะสุขภาพ ก็ต้องคำนึงถึง ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) ซึ่งหมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีองค์ประกอบของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวกันในบุคคลนั้น ความผิดปกติทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลรวมของทุกมิติสุขภาพ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551) โดยเริ่มตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในทุกด้านที่เกิดขึ้นตามวัย อายุที่เพิ่มขึ้นย่อมมีผลที่ทำให้ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงได้ แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสูงอายุแสดงให้เห็นว่าเมื่อคนมีพฤติกรรมต่างกันและมีสิ่งแวดล้อมที่ต่างก็ย่อมทำให้ภาวะสุขภาพมีความแตกต่างกัน เมื่อคณะผู้วิจัยประมวลข้อความรู้จากทฤษฎีและข้อเท็จจริงจากงานวิจัยแล้ว จึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัย แบ่งปัจจัยต่าง ๆ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน สภาวะทางเศรษฐกิจ การงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ รายได้ และความเพียงพอของรายได้

1.2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การดูแลช่วยเหลือ การใช้แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำชุมชนหรือผู้แทน สิ่งแวดล้อมในชุมชน และหมู่บ้านที่อยู่อาศัย

1.3 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง 10 อ. ประกอบด้วย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อุจจาระ อนามัย (ช่องปาก) อุบัติเหตุ (การป้องกัน) อารมณ์ อติเรก อบอุน และอนาคต

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นไปตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ของกระทรวงสาธารณสุขไทย ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ได้แก่ มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ชี มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ โดยแบ่งการประเมินและเกณฑ์ เป็น 5 ด้าน ดังนี้

2.1 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.2 มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ชี

2.3 มีความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ

2.4 มีสุขภาพจิตที่พึงประสงค์

2.5 การมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค (สุขภาพกาย)

ซึ่งคณะผู้วิจัย ได้สร้างกรอบแนวความคิดในการวิจัย เป็นแผนภาพ ดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 เพศ
 - 1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.4 ระดับการศึกษา
 - 1.5 ความสามารถในการอ่านเขียน
 - 1.6 การงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้
 - 1.7 การมีรายได้
 - 1.8 ความเพียงพอของรายได้
2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 2.1 ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย
 - 2.2 ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ
 - 2.3 การดูแลช่วยเหลือ
 - 2.4 การใช้แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน
 - 2.5 การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำชุมชนหรือผู้แทน
 - 2.6 สิ่งแวดล้อมในชุมชน
 - 2.7 หมู่บ้านที่อยู่อาศัย
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 10 อ. ประกอบด้วย
 - 3.1 พฤติกรรมด้านอาหาร
 - 3.2 พฤติกรรมด้านอากาศ
 - 3.3 พฤติกรรมด้านออกกำลังกาย
 - 3.4 พฤติกรรมด้านอุจจาระ
 - 3.5 พฤติกรรมด้านอนามัย (ช่องปาก)
 - 3.6 พฤติกรรมด้านอุบัติเหตุ (การป้องกัน)
 - 3.7 พฤติกรรมด้านอารมณ์
 - 3.8 พฤติกรรมด้านอดิเรก
 - 3.9 พฤติกรรมด้านอบอุ่น
 - 3.10 พฤติกรรมด้านอนาคต

ตัวแปรตาม

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ตามมาตรฐานผู้สูงอายุ มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขไทย ประกอบด้วย มีสุขภาพดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ โดยแบ่งการประเมิน และเกณฑ์เป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่
3. มีความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ
4. มีสุขภาพจิตที่พึงประสงค์
5. การมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค (สุขภาพกาย)

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลโคกโคเต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

นิยามศัพท์

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยนับถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2553 และเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในตำบลโคกโคเฒ่า

2. **ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง ภาวะสุขภาพตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ 4 ประการ ได้แก่ 1) มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ซึ่งในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า มาตรฐานประการที่ 1) คือ การมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความสำคัญ 2 ประเด็น และมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมมาก จึงได้แบ่งการประเมิน ออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต และด้านสุขภาพกายซึ่งประเมินจากการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงแบ่งภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านดัชนีมวลกาย

ด้านที่ 2 ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่

ด้านที่ 3 ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพจิต

ด้านที่ 5 ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค (ด้านสุขภาพกาย)

3. **ภาวะสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health)** หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีองค์ประกอบของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผสมผสานเป็นหนึ่งเดียวกันในบุคคลนั้น ความผิดปกติทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นผลรวมของทุกมิติสุขภาพ สุขภาพแบบองค์รวมเป็นปรัชญาของการมีสุขภาพที่ดี โดยพิจารณาถึงทุก ๆ องค์ประกอบในทุกด้าน ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาจากปฏิริยาความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีที่สุด

4. **การประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม** หมายถึง การรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบระเบียบครอบคลุมในทุกมิติ โดยพิจารณาจากปัจจัยภายในของผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตามวัย และพิจารณาจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ บุคคลและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการวินิจฉัยตัดสินภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์

5. **ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ** หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเต่า เป็นปัจจัยที่อาจให้ผลทั้งในเชิงบวกคือทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และปัจจัยที่ให้ผลในเชิงลบคือทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดี ประกอบด้วยปัจจัย 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน สภาวะทางเศรษฐกิจ การงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ รายได้ และความเพียงพอของรายได้

- กลุ่มที่ 2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การดูแลช่วยเหลือ การใช้แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำชุมชนหรือผู้แทน สิ่งแวดล้อมในชุมชน ได้แก่ ความสะอาดและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านต่อการดูแลสุขภาพ และหมู่บ้านที่อยู่อาศัย

- กลุ่มที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 10 อ. ประกอบด้วย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อุจจาระ อนามัย อุบัติเหตุอากรรมณ์ อดิเรก อบอุ่น และอนาคต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีวิจัย

ในการศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการวิจัย เป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี จำนวน 10 คน และนำผลการสัมภาษณ์มาบูรณาการ เพื่อสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย และสร้างเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่สอง ทำการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ โดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมิน ภาวะสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ทั้งเพศหญิงและชาย ที่พักอาศัยอยู่ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้ง 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านโคกโคเต่า หมู่ที่ 2 บ้านลำยาง หมู่ที่ 3 บ้านสามหนอง และหมู่ที่ 4 บ้านลาดบัวขาว ซึ่งมีจำนวนตามท้องที่การบริหารส่วนตำบลโคกโคเต่า สรุปยอดปีงบประมาณ 2554 ในวันที่ 1 ตุลาคม 2553 รวมทั้งสิ้นจำนวน 541 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มี 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เป็นผู้สูงอายุ ทั้งเพศหญิงและชาย ที่พักอาศัยอยู่ใน ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ของกระทรวงสาธารณสุขไทย แล้วจัดอยู่ในเกณฑ์มี ภาวะดี จำนวน 10 คน ที่มีความสมัครใจ ซึ่งคณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำผลการ สัมภาษณ์มาบูรณาการในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมและ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2.2 กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชาย ที่พักอาศัยอยู่ใน ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้ง 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านโคกโคเต่า หมู่ที่ 2 บ้านลำยาง หมู่ที่ 3 บ้านสามหนอง และหมู่ที่ 4 บ้านลาดบัวขาว ที่จะเป็นผู้ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของ ยามาเน (Yamane) ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน และกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 5 เพื่อป้องกันในกรณีที่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างบางรายอาจไม่สามารถเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่คณะผู้วิจัยกำหนดจึงอยู่ระหว่าง 230 – 246 คน

2) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชาย ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้และให้ความร่วมมือตลอดกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จากทุกหมู่บ้าน และจับฉลากตามบ้านเลขที่ให้ได้จำนวนตามที่กำหนด โดยคำนวณหาสัดส่วนกับประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งคำนวณได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	ประชากร (N = 541)	กลุ่มตัวอย่าง (n = 230)
หมู่ที่ 1 บ้านโคกโคเคาะ	270	114.78 = 115
หมู่ที่ 2 บ้านลำยาง	42	17.85 = 18
หมู่ที่ 3 บ้านสามหนอง	180	76.52 = 76
หมู่ที่ 4 บ้านลาดบัวขาว	49	20.83 = 21
	541	230

การกำหนดตัวแปรที่จะศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปร 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยแบ่งปัจจัยต่าง ๆ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ หมู่บ้านที่อยู่อาศัย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถอ่าน - เขียน การงาน / อาชีพที่ทำให้เกิด รายได้ แหล่งรายได้ และความเพียงพอของรายได้

1.2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การดูแลช่วยเหลือ การใช้แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำชุมชนหรือผู้แทน และสิ่งแวดล้อมในชุมชน

1.3 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง 10 อ. ประกอบด้วย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้าน อาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อุจจาระ อนามัย (ช่องปาก) อุบัติเหตุ (การป้องกัน) อารมณ์ อติเรก อบอุน และอนาคต

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้เป็นไป ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ของกระทรวงสาธารณสุขไทย ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ได้แก่ มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ชี มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ โดยแบ่งการประเมินและเกณฑ์ เป็น 5 ด้าน ดังนี้

- 2.1 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 2.2 มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ชี
- 2.3 มีความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ
- 2.4 มีสุขภาพจิตที่พึงประสงค์
- 2.5 การมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค (สุขภาพกาย)

การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ

1. การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1.1 การสร้างเครื่องมือ คณะผู้วิจัย ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ กำหนดกรอบแนวคิด นิยามตัวแปรและสร้างแบบสอบถามและแบบประเมินให้ครอบคลุมตัวแปร

เครื่องมือในการวิจัย (รายละเอียดตามผนวก ค) มีดังต่อไปนี้

1) เครื่องมือวิจัยขั้นตอนที่หนึ่ง การวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลตอบคำถามได้อย่างอิสระ เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างกว้างขวาง เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้มีสุขภาพดี

2) เครื่องมือวิจัยขั้นตอนที่สอง การวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบประเมิน และ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังนี้

(1) แบบสอบถาม ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่านเขียน และรายได้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ คุณภาพในการดูแลช่วยเหลือ การใช้แหล่งบริการสุขภาพในหมู่บ้านเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วย การรับรู้ถึงการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทน และความสะอาดและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านต่อการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง

10 อ. สร้างขึ้นตามแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 10 อ. ซึ่งสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้เป็นหลักปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี (ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) ประกอบด้วย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อูจจาระ อนามัย (ช่องปาก) อุบัติเหตุ (การป้องกัน) อารมณ์ อติเรก อบอุ่น และอนาคต ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สร้างเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคะแนน จำนวน 47 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 37 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ รายละเอียดดังนี้

- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1.7, 1.9, 1.11 และ 1.12

- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอากาศ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2.3

- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3.3

- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอูจจาระ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4.3

- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัย (ช่องปาก) จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด

- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอุบัติเหตุ (การป้องกัน) จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6.3

- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7.5
- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอดีตเรก จำนวน 2 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 1 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8.2
- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอบอุ่น จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด
- พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนาคต จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ทั้งหมด

(2) แบบประเมินภาวะสุขภาพ สร้างโดยประยุกต์จากแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยทั่วไป ร่วมกับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประกอบการ พิจารณาสุขภาพร่างกายในด้านที่ 5 ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราชีพจร อัตราการหายใจ และ ระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ด้านดัชนีมวลกาย ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง แล้วคำนวณโดยใช้สูตร

$$\frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ด้านที่ 2 ด้านการมีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่

ด้านที่ 3 ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ประเมิน 3 ประเด็น คือ

- สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ ใช้แบบประเมิน ADL (Activities of daily living) ผู้สูงอายุ โดยใช้ ดัชนีบาร์เทล (Barthel's Index)
- สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง
- สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ประเมิน 4 ประเด็น คือ

- เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและหรือ/เพื่อนบ้านเป็นประจำ
- ไม่มีหรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิต ที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- รู้สึกว่าตนเองมีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)
- รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

ด้านที่ 5 ด้านสุขภาพร่างกาย ประเมินเกี่ยวกับโรคประจำตัว วิธีการควบคุมโรค และผลการควบคุมโรค โดยระบุโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่กำหนดในมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองอุดตัน/อัมพฤกษ์/อัมพาต หัวใจขาดเลือด ข้อเสื่อม มะเร็ง และวัณโรค

(3) เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย

- เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ เครื่องมือวัดอุณหภูมิร่างกาย เครื่องมือวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องชั่งน้ำหนัก - วัดส่วนสูง สายวัดเอว ไฟฉาย ไม้กดลิ้น เครื่องมือตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

- วัสดุอุปกรณ์ทำแผลและฆ่าเชื้อโรค ได้แก่ ชุดทำแผล สำลี ผ้าก๊อซ แอลกอฮอล์ 70 % น้ำเกลือล้างแผล น้ำยาเบตาดีน พลาสเตอร์ ถุงมือ Mask และถุงใส่ขยะ

1.2 การตรวจสอบเครื่องมือ

- 1) นำแบบสอบถามและแบบประเมิน ปรึกษาคณะที่ปรึกษา
- 2) ปรับปรุงแบบสอบถามและแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของคณะที่ปรึกษา
- 3) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

4) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง 10 อ. โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัก (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

(1) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ = 0.9659

(2) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรายด้าน

- ด้านอาหาร = 0.8796
- ด้านอากาศ = 0.8157
- ด้านออกกำลังกาย = 0.9195
- ด้านอุจจาระ = 0.9406

- ด้านอนามัย (ช่องปาก) = 0.8489
- ด้านอุบัติเหตุ (การป้องกัน) = 0.7853
- ด้านอารมณ์ = 0.8742
- ด้านอิเรก = 0.8945
- ด้านอบอุ่น = 0.9086
- ด้านอนาคต = 0.7722

การกำหนดจำนวนผู้สูงอายุในการทดลองใช้เครื่องมือเพื่อหาความเชื่อมั่น กำหนดให้มีผู้สูงอายุตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน คำนวณได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3.2 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือเพื่อหาความเชื่อมั่น จำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	ประชากร (N = 541)	กลุ่มตัวอย่าง (n = 230)	กลุ่มหาความเชื่อมั่น (n = 30)
หมู่ที่ 1 บ้านโคกโคเฒ่า	270	114.78 = 115	14.97 = 15
หมู่ที่ 2 บ้านลำยาง	42	17.85 = 18	2.32 = 2
หมู่ที่ 3 บ้านสามหนอง	180	76.52 = 81	9.98 = 10
หมู่ที่ 4 บ้านลาดบัวขาว	49	20.83 = 22	2.72 = 3

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ประชุมคณะผู้วิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ช่วยวิจัย (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) รวม 4 ครั้ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล และเพื่อการมีส่วนร่วม

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 12 วัน โดยดำเนินการดังนี้

1.2.1 ผู้ช่วยวิจัย รวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้ ให้ผู้ช่วยวิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟัง และลงบันทึกคำตอบในแบบสอบถาม

1.2.2 คณะผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพภายหลังจากที่ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามแล้ว

1.2.3 คณะผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ และรวบรวมเพิ่มเติมในกรณีที่ได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

2. ช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ 11 เมษายน 2554

ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ 23 เมษายน 2554 ถึง 23 กรกฎาคม 2554

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสอบถามและการประเมิน ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ลงรหัสและประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ สถิติสำเร็จรูปด้วยคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจง ค่าความถี่ และ ร้อยละ
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยกำหนดระดับคะแนน ดังนี้

ข้อคำถามพฤติกรรมเชิงบวก

ปฏิบัติประจำ	ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 1 คะแนน

ข้อคำถามพฤติกรรมเชิงลบ

ปฏิบัติประจำ	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้ค่าเฉลี่ยและกำหนดเกณฑ์ ของพฤติกรรมทั้งรายด้านและผลเฉลี่ยรวม เป็นระดับพฤติกรรม 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี พอใช้ ต้องแก้ไข และต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 อันตรภาคชั้น ชั้นละเท่า ๆ กัน คำนวณ ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีมาก
 คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.21 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี
 คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.41 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองพอใช้
 คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต้องแก้ไข
 คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต้องแก้ไขอย่าง

เร่งด่วน

3. การประเมินภาวะสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 ครอบคลุมมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ ของกระทรวงสาธารณสุข 4 มาตรฐาน
 ได้แก่ 1) มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีพันธุกรรมใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี 3) มีดัชนี
 มวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ซึ่งคณะผู้วิจัย
 พิจารณาแล้วเห็นว่า มาตรฐานที่ 1) คือ การมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นั้น เป็นกลุ่ม
 ปัจจัยที่มีน้ำหนักมากกว่ามาตรฐานอื่น เพราะเกี่ยวข้องกับทั้งด้านร่างกายคือการมีโรคประจำตัวและการ
 ควบคุมโรค รวมทั้งการประเมินด้านจิตใจ ซึ่งไม่มีอยู่ในมาตรฐานอื่นเลย คณะผู้วิจัยจึงแบ่งมาตรฐานนี้
 ออกเป็น 2 ด้าน ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ จึงมี 5 ด้าน ให้คะแนน
 ด้านละ 20 คะแนน รวมเป็น 100 คะแนน จัดลำดับและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละด้าน
 ดังนี้

3.1 ด้านดัชนีมวลกาย มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์
 ของกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนดัชนีมวลกาย

ภาวะโภชนาการ	ดัชนีมวลกาย (กก. / ม. ²)	คะแนนที่ได้	
ผอม	ระดับ 1	<16.0	5
	ระดับ 2	17.0 - 18.4	10
	ระดับ 3	18.5 - 19.9	15
ปกติ	18.5 - 24.9	20	
อ้วน	ระดับ 1	25.0 - 29.9	15
	ระดับ 2	30.0 - 39.9	10
	ระดับ 3	> 40.0	5

3.2 ด้านการมีพื้นถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

- 1) มีพื้นถาวรใช้งานได้ครบ 20 ซี ได้ 20 คะแนน
- 2) มีพื้นถาวรใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี ได้คะแนนตามจำนวนพื้นที่มี เช่น มีพื้น 1 ซี ได้ 1 คะแนน มีพื้น 13 ซี ได้ 13 คะแนน เป็นต้น

3.3 ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ประเมิน 3 ประเด็น คือ

1) ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ใช้แบบประเมิน ADL (Activities of daily living) ผู้สูงอายุ โดยใช้ ดัชนีบาร์เทล (Barthel's Index)

2) สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ประเมินโดย การสังเกต สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หากสามารถปฏิบัติได้ ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ให้ 0 คะแนน

3) สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ประเมินโดย การสังเกต สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล หากสามารถปฏิบัติได้ ให้ 5 คะแนน ปฏิบัติไม่ได้ให้ 0 คะแนน

3.4 ด้านสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ประเมินโดยการประเมิน โดยการสังเกต สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ใน 4 ประเด็น คือ

- 1) เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและหรือ/เพื่อนบ้านเป็นประจำ
- 2) ไม่มีหรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิต ที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 3) รู้สึกว่าตนเองมีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)
- 4) รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

เกณฑ์การประเมินสุขภาพจิต เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มี 4 ข้อ = ดีมาก มี 3 ข้อ = ดี มี 2 ข้อ = พอใช้ มี 1 ข้อ = ไม่พอใช้ โดยไม่จำกัดว่าจะขาดข้อใดใน 4 ข้อ ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ ถือว่าสุขภาพจิตดี และคณะผู้วิจัยจึงได้ กำหนดการให้คะแนน ดังนี้

มี 4 ข้อ = ดีมาก	ได้ 20 คะแนน
มี 3 ข้อ = ดี	ได้ 15 คะแนน
มี 2 ข้อ = พอใช้	ได้ 10 คะแนน
มี 1 ข้อ = ไม่พอใช้	ได้ 5 คะแนน
ไม่มีเลย	ได้ 0 คะแนน

3.5 ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค (สุขภาพกาย) คือ การไม่มีโรคประจำตัว หรือ มีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค ประเมินโดย การตรวจร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

1) ไม่มีประวัติและอาการของโรคต่าง ๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองอุดตัน/อัมพฤกษ์/อัมพาต หัวใจขาดเลือด ข้อเสื่อม มะเร็ง และวัณโรค ถือว่ามีสุขภาพกายดีมาก ได้ 20 คะแนน

2) มีประวัติและอาการของโรคต่าง ๆ ตามข้อ 1) ตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป และสามารถควบคุมโรคได้ทุกโรค ถือว่ามีสุขภาพกายดี ได้ 15 คะแนน

3) มีประวัติและอาการของโรคต่าง ๆ ตามข้อ 1) ตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป แต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ให้คะแนนตามอัตราส่วนของจำนวนโรคที่เป็นและจำนวนโรคที่ควบคุมได้ โดยให้เริ่มคิดคะแนนสูงสุดจาก 15 คะแนน และใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{คะแนนสุขภาพกายที่ได้} = \frac{15 \times \text{จำนวนโรคที่ควบคุมได้}}{\text{จำนวนโรคที่เป็นตามข้อ 1)}}$$

ตัวอย่าง ผู้สูงอายุ มีโรคที่เป็นตามข้อ 1) 6 โรค ควบคุมได้ 2 โรค

$$\text{ดังนั้น คะแนนสุขภาพกายที่ได้} = \frac{15 \times 2}{6} = 5 \text{ คะแนน}$$

การประเมินระดับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งคะแนนรวม 5 ด้าน รวม 100 คะแนน และคะแนนรายด้าน 20 คะแนน ใช้สถิติ ร้อยละ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี พอใช้ ไม่ดี และไม่ดีอย่างมาก โดยกำหนดคะแนนต่ำสุดของระดับพอใช้หรือปานกลาง ไว้ที่ร้อยละ 50 เนื่องจากคณะผู้วิจัยมีความเห็นว่า ภาวะสุขภาพที่จัดว่าพอใช้หรือปานกลาง ควรจะมีคะแนนไม่ต่ำกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม ส่วนภาวะสุขภาพดี ควรมีคะแนนไม่ต่ำกว่า 3 ใน 4 ส่วน หรือ ร้อยละ 75 แล้วจึงแบ่งระดับดีและดีมาก โดยคำนวณหาอันตรภาคชั้น ระหว่าง 75 - 100 เป็น 2 ระดับ ส่วนระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 แบ่งเป็นระดับไม่ดี และไม่ดีอย่างมาก คำนวณหาอันตรภาคชั้น ระหว่าง 0.00 - 49.99 แบ่งเป็น 2 ระดับเช่นกัน จึงได้เกณฑ์การประเมินระดับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 87.50 - 100.00 แสดงว่า ภาวะสุขภาพดีมาก

คะแนนร้อยละ 75.00 - 87.49 แสดงว่า ภาวะสุขภาพดี

คะแนนร้อยละ 50.00 - 74.99 แสดงว่า ภาวะสุขภาพพอใช้

คะแนนร้อยละ 25.00 - 49.99 แสดงว่า ภาวะสุขภาพไม่ดี

คะแนนร้อยละ 0.00 - 24.99 แสดงว่า ภาวะสุขภาพไม่ดีอย่างมาก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t – test วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) ทดสอบความแตกต่างโดยเปรียบเทียบเป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe’s test) และ วิเคราะห์การถดถอย (Multiple Correlation and Regression) แบบขั้นต่อน (Stepwise)

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและนำผลการสัมภาษณ์มาบูรณาการ สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย และสร้างเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่คณะผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ได้เลือกสรรและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มาร่วมงานวันสงกรานต์และงานวันผู้สูงอายุ ตำบลโคกโคเฒ่าประจำปี 2554 ณ วัดโคกโคเฒ่า ในวันที่ 11 เมษายน 2554 และผู้สูงอายุทั้งหมดมีชื่ออยู่ในบัญชีรายชื่อที่เตรียมส่งเข้าประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดีในงานวันดังกล่าว

ขั้นตอนที่สอง ทำการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 245 คน แต่เมื่อตรวจสอบข้อมูลแล้ว มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ รวม 236 คน ซึ่งอยู่ในขอบเขตจำนวนที่กำหนด จึงได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทั้งหมด

คณะผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ขั้นตอนที่หนึ่ง)
 - 1.1 สารระสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีแต่ละคน
 - 1.2 สรุปปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ขั้นตอนที่สอง)
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
 - 2.2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ
 - 2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ.
 - 2.4 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.5 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ
 - 2.6 ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ขั้นตอนที่หนึ่ง)

1. สารสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

คนที่ 1 กล่าวว่า สุขภาพดีเพราะไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา ลูกทั้ง 3 คนก็ไม่ดื่มเหมือนกัน ตั้งแต่เช้าทุกวัน คือ ประมาณตี 4 รับประทานอาหารเช้าที่บุตรสาวคนโตเตรียมไว้ให้ แล้วออกไปทำนา อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ เป็นข้าวสวย น้ำพริกผักต้ม เป็นผักที่ปลูกเอง รอบ ๆ บ้าน ปลาทอด ปลาต้ม ที่หามาเอง ถ้าหาได้มาก ภรรยาจะทำปลาตากแห้งบ้าง ปลาเค็มบ้าง การได้เดินออกไปทำนาทุกวัน ถือเป็นการออกกำลังกาย นอกจากนี้อากาศในตอนเช้าก็สดชื่นดี สิ่งแวดล้อมรอบบ้านมีต้นไม้ ไม่มีมลพิษ ไม่มีโรงงานอุตสาหกรรมที่จะปล่อยของเสีย การพักผ่อนเข้านอนตั้งแต่ 2 ทุ่ม วันพระจะงดทำปลา การขับถ่ายอุจจาระปกติ ทุกวัน เวลาเช้า

คนที่ 2 กล่าวว่า สุขภาพดีเพราะเคยเล่นลิเก มีความสุขที่ได้รำและร้องลิเก พอแต่งงานก็ช่วยสามีเลี้ยงวัวโดยพาออกไปกินหญ้าได้เดินทุกวันทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย อาหารที่รับประทานทุกวัน คือ ปลา เพราะราคาถูก หาได้ง่าย และน้ำพริกผักสด ผักต้ม ไม่ค่อยรับประทาน อาหารที่มีกะทิเพราะไม่ชอบ ถ่ายอุจจาระเป็นประจำทุกวันตอนเช้า ท้องไม่ผูก เพราะรับประทานผักนาน ๆ จึงจะมีท้องเสียบ้าง เนื่องจากรับประทานอาหารผิดสำแดง คิดว่าการได้ขายของ ทำให้ตนเองได้พบปะเพื่อนบ้าน และพูดคุย ไม่รู้สึกเหงา นอกจากนี้ยังได้เลี้ยงหลาน (บุตรของบุตรสาว) ทำให้ชีวิตได้มีอะไรทำอยู่เรื่อย ๆ ตื่นนอนตี 5 เข้านอน 2 ทุ่ม รอบบ้านอากาศดี ไม่มีมลพิษ บ้านอยู่ใกล้วัดทำบุญสะดวก

คนที่ 3 กล่าวว่า ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปดี ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องนอนในโรงพยาบาลเลย แต่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคกระเพาะอาหาร มาประมาณ 20 ปี ควบคุมอาการได้ หลังจากตรวจพบ ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง กังสดารุา บุหรี่ และสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ควบคุมอาการได้ดีเพราะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และไปตรวจรับยาสม่ำเสมอ ส่วนโรคกระเพาะอาหาร เหตุที่เป็นเพราะ ไปทำนาตั้งแต่เช้า บางวันหิวก็ไม่ได้รับประทาน เพราะไม่ได้เตรียมอาหารไป และคิดว่าเป็นเพราะเคยดื่มสุรา พอทราบว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารก็งดสุราและสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น บุตรชายคนที่ 4 ก็คอยดูแล ช่วยเตือน และพาไปโรงพยาบาลตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง อากาศก็มีส่วนทำให้สุขภาพดี การตื่นแต่เช้า (ตี 5) ทำให้ได้สูดอากาศบริสุทธิ์ เข้านอนแต่หัวค่ำ ประมาณ 2 ทุ่ม อากาศรอบบ้านดี สงบ ร่มเย็น ไม่อยู่ใกล้ถนนใหญ่ ไม่มีเสียงรบกวน ทำให้ออนหลับได้ดี ออกกำลังกายด้วยการเดิน และทำนา อารมณ์ดีคิดว่าการได้เข้าประชุมประจำเดือนในหมู่บ้าน ทำให้ได้พบปะ พูดคุย สังสรรค์ กับเพื่อนบ้าน ช่วยทำให้ด้านสุขภาพจิตดี อาหารที่รับประทานเป็นประจำเกือบทุกวัน คือ น้ำพริก ผักต้ม นาน ๆ จึงจะรับประทานปลาน้ำจืดสักครั้ง ไม่รับประทานเนื้อวัว ถ่ายอุจจาระปกติ ทุกวัน ตอนเช้า

คนที่ 4 กล่าวว่า สุขภาพดีเพราะ ทำงานตลอด “คนเราต้องทำงาน” งานที่ทำประจำ ตั้งแต่เช้าถึงเที่ยง ได้แก่ ตัดพิน ถางหญ้า ทุกวัน หุงข้าว ถูเรือนเอง พักผ่อนนอนกลางวัน 2 ชม. ออกกำลังกายโดยการทำงานเป็นประจำ วิ่งบ้างนาน ๆ ครั้ง อาหารที่ชอบ คือ ต้มนมวัวตามีลค์ วันละ 1 ขวด ทุกวัน ไม่เลือกชนิดอาหาร เนื้อสัตว์ทุกชนิด ผักน้อย อารมณ์ ไม่โกรธใคร ไม่ทะเลาะ เวลาเมื่อเรื่องจะเจียบ ไม่ค่อยได้เข้าสังคมกับใคร ส่วนใหญ่อยู่กับบุตร มีความสุขดี

คนที่ 5 กล่าวว่า ชีวิตดีเพราะเป็นลูกปู่จ้อย (สมเด็จพระนเรศวร) จึงได้พรเกิด 2 หน คือ เคยตายแล้วเกิดใหม่ คิดว่าการจะมีสุขภาพดีต้องมี อารมณ์และความคิดดี “อารมณ์เป็นเรื่องสำคัญ” (พูดพร้อมกับยิ้มและหัวเราะไปด้วย) ใครพูดอะไรก็เรื่องของเขา คนเราไม่ไปทุกอย่าง เขาคำก็เรื่องของเขา ทุกคนในโลกนี้ต้องโดนตำ คิดว่าตนเองเป็นคนโชคดี ไปไหนไม่อด เพราะเกิดตอนพระบิณฑบาต (ประมาณ 06.00) อาหาร ไม่เลือกอาหาร กินผักประจำ หน่อไม้ลวก แตงกวา มะเขือ กินกับน้ำพริก เนื้อสัตว์ กินปลาบ้าง หมูบ้าง ไม่มีพิน ใช้เหล็กอบต ฟันหมดเป็น 10 ปีแล้ว อุจจาระท้องไม่ผูก ออกกำลังกายโดยปั่นจักรยานสิบกว่ากิโลเมตร มีงานทำตลอด ไม่เคยตกงาน ตอนนี้เป็น รปภ.อยู่

คนที่ 6 กล่าวว่า สุขภาพดีเพราะรับประทานอาหารพอประมาณไม่อิ่มเกินไป อาหารที่รับประทานประจำส่วนใหญ่ คือ น้ำพริก ผักสด และผักต้ม รับประทานปลาเพราะหาง่าย หาเอง รับประทานหมูบ้างไม่มาก บางวันก็รับประทาน พว้า ยำ แต่ต้องสุก แกงส้ม ปลาเค็ม กินไข่เป็น บางวัน กะทิกินน้อยเพราะแพง ไม่กินเนื้อวัวเพราะดูดวง หมอห้าม เป็นต่อนื้อมา 4 - 5 ปี พูดถึงการ ทำงาน ทำงานมาตลอด เป็นนางรำ รับจ้างรำ เป็นงานที่ชอบ บางครั้งไม่จ้างก็รำ ถือว่าเป็นการออกกำลังกายด้วย ซี่จักรยาน ทุกวันอาทิตย์ วันที่ 15 และ วันที่ 30 ของเดือน เพื่อเก็บแซร์ ไม่ค่อยอยู่เฉย ด้านอารมณ์และความคิด เมื่อสามีจากไป เลี้ยงลูกอยู่คนเดียว ตอนนี้มีลูกมีครอบครัวแล้ว แต่บางทียังมาขอเงินอยู่ ถ้ามีก็ให้ ขณะนี้ความสุขอยู่ที่หลาน กล่าวว่า “ถึงแม้จะตายก็ไม่ว่า ขอให้หลานเรียนจบ รับประทานปริญญา” ตอนนี้อยู่กับสามี รู้สึกเป็นตัวของตัวเองเป็นอิสระ ไม่มีสามีแล้วสบายดี เพราะสามี เจ้าชู้ คอยดูว่า บางครั้งทำร้ายร่างกาย ไม่อยู่ด้วยกันดีกว่า เคยตีมีสุราแต่เลิกแล้ว เพราะหลานเรียนสูง กลัวเงินไม่พอใช้

คนที่ 7 กล่าวว่า การมีสุขภาพดี ต้องเป็นคนขยัน หมายถึง ไม่อยู่นิ่งเฉย เห็นอะไรที่สามารถทำได้ก็ทำหมด โดยต้องตื่นแต่เช้าตั้งแต่ฟ้ายังไม่สว่าง ทำกิจวัตรส่วนตัว ตีหมาแมวที่อื่นวัน 1 แก้ว (ใช้ 1ซอง) พอฟ้าสว่างก็จะขี่จักรยานไปรอบ ๆ หมู่บ้าน เพื่อไปรับงาน (ท่านมีอาชีพรับตัดต้นไม้ โดยไม่คิดค่าแรงแล้วแต่เจ้าบ้านจะให้หรือไม่ให้ก็ได้ แต่จะขอต้นไม้เพื่อนำมาเผาถ่านขาย) ในขณะเดียวกัน ได้ออกกำลังกาย ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ประมาณสองโมงเช้าก็จะกลับมารับประทานอาหารเช้าที่บ้าน อาหารประจำส่วนใหญ่จะเป็นผักต้มกับน้ำพริก (ผักปลูกเอง) และปลาที่มาจากแหล่งน้ำในหมู่บ้าน ถ้าหาปลาได้มากจะแบ่งขายให้คนในหมู่บ้าน (ปลาส่วนมากจะนำมาหนึ่งหรือสอง) นาน ๆ จึงจะซื้อ เนื้อหมูมารับประทานครั้งหลังรับประทานอาหารเช้าจะออกไปทำงาน และกลับมารับประทานอาหารเที่ยง

ที่บ้าน พักผ่อนแล้วค่อยกลับไปทำงานอีกครั้งช่วงบ่ายถ้ามีงานค้าง หรืออาจดูแลสวนผักของตนเอง ประมาณสองทุ่มดูข่าวและจะเตรียมตัวเข้านอน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังกล่าวว่า ไม่ควรมีเรื่องมีราวกับคนในครอบครัว ถ้ารู้สึกผิดหูก็จะเงียบ ๆ หรืออาจออกไปนั่งคุยกับเพื่อนบ้านสักครู่ เพื่อเป็นการผ่อนคลายอารมณ์

คนที่ 8 กล่าวว่า การมีสุขภาพดี ต้องรับประทานอาหารตามธรรมชาติ คือ รับประทานอาหารที่ตัวเองในบ้าน ถ้าปลูกผักได้เองยิ่งดี และรับประทานอาหารประเภทปลา ไม่อยู่นิ่งเฉยช่วยเหลือคนในครอบครัวทำงานตามความสามารถที่ทำได้ ปล่อยวางกับปัญหาของบุตรหลานเขาโตแล้วให้เขาแก้ปัญหาตัวเอง ออกกำลังกายตามโอกาส และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น การลดอาหารที่มีรสเค็มจัด เพื่อให้สามารถรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ โดยไม่ต้องรับประทานยา

คนที่ 9 กล่าวว่า มีสุขภาพดี เพราะยังต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา การทำงานก็เหมือนกับการได้ออกกำลังกาย และได้อยู่ในที่อากาศดี ๆ รับประทานอาหารพวกผักที่ปลูกเองและปลาที่จับได้เอง เนื้อสัตว์ชนิดอื่น ๆ ไม่ค่อยรับประทานเนื่องจากมีรายได้น้อย

คนที่ 10 กล่าวว่า การที่ยังมีร่างกายแข็งแรงอยู่ ช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่างไม่ต้องพึ่งพาใครมาก เพราะออกกำลังกายทุกเช้าและก่อนนอน อาหารที่รับประทานเป็นประจำเป็นพวกปลา ผัก และน้ำพริก

2. สรุปปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สูงอายุทั้ง 10 คน อายุอยู่ระหว่าง 62 - 80 ปี มีภาวะสุขภาพดี กล่าวคือ มีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ไม่มีโรคประจำตัว 9 คน ส่วนอีก 1 คน มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและโรคกระเพาะอาหาร แต่สามารถควบคุมโรคได้โดยการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ ผู้สูงอายุได้เล่าถึงการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงวัยกลางคน พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (ตามลำดับความถี่และการให้ความสำคัญโดยผู้สูงอายุทั้ง 10 คน)

2.1 ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมด้านอาหารดี ให้ความสำคัญในการรับประทานอาหารหลัก 3 ชนิด ได้แก่ น้ำพริก ผัก และปลา โดยเน้นว่า ผักต้องเป็นผักที่ปลูกเอง และปลา เป็นปลาน้ำจืดที่หาได้เองตามธรรมชาติ หรือซื้อจากเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางคนเสริมว่า ควรรับประทานอาหารกะทิแต่น้อยและไม่ดื่มสุรา

2.2 ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายดี ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ โดยวิธีการต่าง ๆ กัน ได้แก่ การเดินอย่างน้อย 15 นาทีขณะที่ออกไป ทำนา ซึ่งจักรยานวันละ 5 - 10 กิโลเมตร การรำและร้องเพลงกลิ้งซึ่งเป็นทั้งการเคลื่อนไหวร่างกายและบริหาร การหายใจ และบางคนทำงานอย่างมีความสุขพร้อมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ และหายใจเข้าออกอย่างสมดุลไปด้วยก็ถือว่าการทำงาานนั้นเป็นการออกกำลังกายด้วย

2.3 ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมด้านอากาศดี ผู้สูงอายุให้ความสำคัญในการได้รับอากาศบริสุทธิ์เป็นประจำ โดยตื่นนอนตั้งแต่เช้าและได้รับอากาศบริสุทธิ์จากสิ่งแวดล้อมรอบบ้านที่ปกคลุมด้วยต้นไม้ และขณะที่เดินไปทำงาน

2.4 ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมด้านอารมณ์ดีและมีความคิดดี ผู้สูงอายุให้ความสำคัญในการพบปะ พูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มองโลกในแง่ดี คิดให้อภัยเสมอ ไม่โกรธใคร รวมทั้งมีความเชื่อหลักศีลธรรมในพระพุทธศาสนา และเชื่อในคุณงามความดี

2.5 ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมด้านการทำงาน (อดิเรก) และกิจกรรมเน้นการทำงานและกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายไม่อยู่นิ่งและมีความสุขที่ได้ทำงานและกิจกรรมนั้น และที่สำคัญคือ 4 ใน 10 คน จัดลำดับการทำงาน (อดิเรก) และกิจกรรมไว้เป็นลำดับ 1

2.6 ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมด้านอุจจาระ ผู้สูงอายุเน้นว่าการขับถ่ายอุจจาระทุกวันจะทำให้สุขภาพดี

2.7 ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีได้จะต้องมีพฤติกรรมด้านอบอุ่น ผู้สูงอายุมีความอบอุ่นในครอบครัว ยังอยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยา และ/หรือ บุตร หลาน มีเพื่อน และมีผู้ดูแลช่วยเหลือ

เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสุขภาพดีในตำบลโคกโคเฒ่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้าน อาหาร ออกกำลังกาย อากาศ อารมณ์และความคิด การทำงาน (อดิเรก) และกิจกรรม อุจจาระ และอบอุ่น รวม 7 อ. ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยหลัก 10 อ. ที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้เป็นหลักปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ส่วน 3 หลักที่ขาดหายไป คือ อนามัย (ช่องปาก) การป้องกันอุบัติเหตุ และอนาคต นั้น ผู้สูงอายุทั้ง 10 คน ไม่ได้กล่าวถึง ต่อจากนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้นำผลการสัมภาษณ์มาบูรณาการ สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย และสร้างเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ขั้นตอนที่สอง)

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 70 – 74 ปี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 30.51 เป็นเพศหญิง จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 65.68 สถานภาพสมรสหม้าย จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 46.19 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 87.71 ความสามารถในการอ่านเขียนได้ จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 77.54 ไม่มีการทำงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 56.78 แต่ทุกคนมีรายได้จากเบี้ยยังชีพและจากบุตรหลาน รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
1. อายุ		
- 60 - 64 ปี	38	16.10
- 65 - 69 ปี	49	20.77
- 70 - 74 ปี	72	30.51
- 75 - 79 ปี	27	11.44
- 80 - 84 ปี	34	14.41
- 85 - 89 ปี	12	5.08
ตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป	4	1.69
2. เพศ		
- ชาย	81	34.32
- หญิง	155	65.68
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	29	12.29
- หม้าย	109	46.19
- คู่	98	41.52

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	20	8.47
- ประถมศึกษา	207	87.71
- มัธยมศึกษา	7	2.97
- ปวช.	2	0.85
5. ความสามารถในการอ่านเขียน		
- อ่าน / เขียนได้	183	77.54
- อ่านได้ / เขียนไม่ได้	31	13.14
- อ่าน / เขียนไม่ได้	22	9.32
6. การงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้		
- ไม่มี	134	56.78
- มี	102	43.22
7. รายได้		
- ได้รับเบี้ยยังชีพอย่างเดียว	15	6.36
- มีรายได้อื่นนอกจากเบี้ยยังชีพ	221	93.64
- ความเพียงพอของรายได้		
- เพียงพอเหลือเก็บ	54	22.88
- เพียงพอไม่เหลือเก็บ	139	58.90
- ไม่เพียงพอ	43	18.22

2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร / หลาน จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 77.54 มีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 93.64 ผู้ดูแลช่วยเหลือให้การดูแลช่วยเหลือดีทุกครั้งที่ต้องการ จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 78.81 ใช้แหล่งบริการสุขภาพในหมู่บ้านเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วยทุกครั้ง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 48.73 ได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนเป็นประจำ จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 52.97 สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวก จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 88.56 สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านปลอดภัยจำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 71.19 และอาศัยอยู่ในหมู่ 1 จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 48.73 รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
1. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
– อยู่คนเดียว	21	8.90
– คู่สมรส	72	30.51
– บุตร / หลาน	183	77.54
– ญาติ / พี่น้อง	32	13.56
– เพื่อน	1	0.42
– อื่น ๆ (เพื่อนบ้าน / คนรู้จัก)	2	0.85
2. ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ		
– ไม่มี	15	6.36
– มี	221	93.64
3. การดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแล		
– ดูแลช่วยเหลือดีทุกครั้งที่ต้องการ	185	83.71
– ดูแลช่วยเหลือดีเป็นบางครั้ง	36	16.29
4. การใช้แหล่งบริการสุขภาพในหมู่บ้านเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
– ใช้ทุกครั้ง	115	48.73
– ใช้เป็นบางครั้ง	91	38.56
– ไม่ใช้เลย	30	12.71
– ใช้บริการที่อื่น	43	18.22
5. การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทน		
– ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ	125	52.97
– ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง	88	37.29
– ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย	23	9.74

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
6. สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกและปลอดภัยต่อการดูแลสุขภาพ		
6.1 ความสะดวก		
– สะดวก	209	88.56
– ไม่สะดวก	4	1.69
– ไม่ระบุ	23	9.75
6.2 ความปลอดภัย		
– ปลอดภัย	168	71.19
– ไม่ปลอดภัย	5	2.12
– ไม่ระบุ	63	26.69
7. หมู่บ้านที่อยู่อาศัย		
หมู่ 1	115	48.73
หมู่ 2	18	7.63
หมู่ 3	81	34.32
หมู่ 4	22	9.32

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ.

3.1 ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 54.24 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ.	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีมาก	66	27.97
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดี	128	54.24
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองพอใช้	41	17.37
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต้องแก้ไข	1	0.42

3.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวม 10 อ. อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมากด้านอากาศ เป็นอันดับที่หนึ่ง ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัย (ช่องปาก) อยู่ในระดับพอใช้ เป็นอันดับสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ.

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ.	\bar{X}	S.D.	ระดับการปฏิบัติ	อันดับที่
1. อาหาร	4.08	0.37	ดี	5
2. อากาศ	4.44	0.74	ดีมาก	1
3. ออกกำลังกาย	3.94	0.80	ดี	7
4. อุจจาระ	4.37	0.65	ดีมาก	2
5. อนามัย (ช่องปาก)	3.62	0.76	พอใช้	10
6. อุบัติเหตุ	4.17	0.75	ดี	4
7. อารมณ์	4.05	0.61	ดี	6
8. อติเรก	3.67	1.10	พอใช้	8
9. อบอุน	4.29	0.68	ดี	3
10. อนาคต	3.64	1.10	พอใช้	9
รวม	4.05	0.38	ดี	

1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอาหาร อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดีมากในการรับประทานอาหารที่สะอาด เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมา คือ รับประทานอาหารปริมาณที่อิ่มพอดีในแต่ละมื้อ ส่วนการรับประทานอาหารรสเค็มหรือมักเติมน้ำปลา / ซอสปรุงรส เป็นอันดับสุดท้าย อยู่ในระดับต้องแก้ไข รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอาหาร

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอาหาร	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไขมัน แป้ง น้ำตาล และ ผัก - ผลไม้	4.16	0.99	ดี	9
2. ท่านเคี้ยวอาหารอย่างละเอียด (ถ้าไม่มีฟันใช้เหงือกบด จนละเอียด)	4.48	0.88	ดีมาก	6
3. ท่านให้เวลาสำหรับการรับประทานอาหารเช้า / ไม่รีบร้อน	4.66	0.71	ดีมาก	3
4. ท่านรับประทานอาหารปริมาณที่อิ่มพอดีในแต่ละมื้อ	4.70	0.67	ดีมาก	2
5. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	4.61	0.77	ดีมาก	4
6. ท่านดื่มนมพร่องมันเนย / นมถั่วเหลือง / น้ำเต้าหู้ อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว	3.17	1.39	พอใช้	11
7. ท่านรับประทานอาหารเช้ากะทิ และ / หรือ อาหาร ไขมันสูง	3.23	0.95	พอใช้	10
8. ท่านรับประทานอาหารเช้า	4.84	0.49	ดีมาก	1
9. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มหรือมีเกลือ / น้ำปลา / ซอสปรุงรส	2.92	1.21	ต้องแก้ไข	13
10. ท่านรับประทานเนื้อปลา	4.35	0.89	ดีมาก	8
11. ท่านดื่มน้ำสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.60	0.97	ดีมาก	5
12. ท่านรับประทานขนมหวานปริมาณมาก	2.97	0.96	ต้องแก้ไข	12
13. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาในแต่ละมื้อ	4.39	0.88	ดีมาก	7
รวม	4.08	0.37	ดี	

2) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอากาศ อยู่ในระดับดีมาก
เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองระดับดีมากในการอยู่ในที่อากาศ
ระบายถ่ายเทดี เป็นอันดับที่หนึ่ง รายละเอียดดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอากาศ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอากาศ	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ท่านอยู่ในที่อากาศระบายถ่ายเทดี	4.88	0.42	ดีมาก	1
2. ท่านหลีกเลี่ยงจาก ควันพิษ / ควันบุหรี่ / ฝุ่นละออง	4.19	1.34	ดี	3
3. ท่านสูบบุหรี่ ยาเส้น - ยาสูบ ไปป์	4.26	1.41	ดี	2
รวม	4.44	0.74	ดีมาก	

3) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดี คือ มีการปฏิบัติ น้อย ในด้านการออกกำลังกายโดยวิธีที่ต้องลงน้ำหนักข้อเท้า / ข้อเข่ามาก ๆ เช่น วิ่งเร็ว กระโดดเชือก เล่นฟุตบอล เล่นแบดมินตัน เป็นต้น เป็นอันดับที่หนึ่ง รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านออกกำลังกาย

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านออกกำลังกาย	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ท่านออกกำลังกาย หรือ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อและ เคลื่อนไหวข้อต่อ หรือออกกำลังกายสิ่งที่พอใจและ เป็นสุข เช่น ทำสวน งานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นต้น	4.12	1.25	ดี	2
2. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 15 - 30 นาที ต่อวัน หรือ ครั้งละ 8 - 10 นาที วันละหลายครั้ง รวมทั้งวันไม่น้อยกว่า 30 นาที	3.50	1.42	พอใช้	3
3. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีที่ต้องลงน้ำหนักข้อเท้า / ข้อเข่ามาก ๆ เช่น วิ่งเร็ว กระโดดเชือก เล่นฟุตบอล เล่นแบดมินตัน เป็นต้น	4.20	1.27	ดี	1
รวม	3.94	0.80	ดี	

4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอุจจาระอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมากในการขับถ่ายอุจจาระ (ถ่ายอุจจาระเป็นปกติ) เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมาคือให้ความสำคัญและให้เวลาสำหรับการถ่ายอุจจาระเสมอในแต่ละวัน เป็นอันดับที่ 2 ส่วนการรับประทานยาระบายหรือยาถ่ายอยู่ในระดับดี เป็นอันดับที่ 3 รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอุจจาระ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอุจจาระ	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ท่านขับถ่ายอุจจาระ (ถ่ายอุจจาระทุก . . . วัน)	4.54	0.79	ดีมาก	1
2. ท่านให้ความสำคัญและให้เวลาสำหรับ การถ่ายอุจจาระเสมอในแต่ละวัน	4.53	0.87	ดีมาก	2
3. ท่านต้องรับประทานยาระบายหรือยาถ่าย	4.06	1.21	ดี	3
รวม	4.37	0.65	ดีมาก	

5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอนามัย (ช่องปาก) อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมาก ในการบ้วนปากทุกครั้งหลังอาหาร เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมา คือการทำความสะอาดฟัน / ทำความสะอาดช่องปาก (ผู้ที่ไม่มีฟัน) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ตื่นนอนเช้า และก่อนนอน) และสำหรับฟันปลอมชนิดถอดได้ ถอดทำความสะอาดและแช่น้ำก่อนนอน เป็นอันดับที่ 2 ส่วนการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์ / ทันตอนามัย / ทันตภิบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเรื่องช่องปากและฟัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับต้องแก้ไข เป็นอันดับสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอนามัย (ช่องปาก)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอนามัย (ช่องปาก)	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. - ท่านทำความสะอาดฟัน/ทำความสะอาดช่องปาก (ผู้ที่ไม่มีฟัน) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ตื่นนอนเช้า และก่อนนอน) - ท่านที่มีฟันปลอมชนิดถอดได้ ถอดทำความสะอาด และแช่น้ำก่อนนอน	4.53	1.14	ดีมาก	2
2. ท่านทำความสะอาดลิ้น อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	3.38	1.40	พอใช้	4
3. ท่านบ้วนปากทุกครั้งหลังอาหาร	4.57	0.85	ดีมาก	1
4. ท่านตรวจช่องปาก ฟัน และเหงือกด้วยตัวเองทุกวัน	3.54	1.35	พอใช้	3
5. ท่านตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน โดยทันตแพทย์ / ทันตอนามัย / ทันตภิบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ เรื่องช่องปากและฟัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.11	1.21	ต้องแก้ไข	5
รวม	3.62	0.76	พอใช้	

6) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอุบัติเหตุ อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก ในการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุโดยระมัดระวังขณะเคลื่อนไหวเป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมา มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี เกี่ยวกับการนอนชั้นล่างของบ้านหรือห้องนอนอยู่ชั้นเดียวกับห้องน้ำ เป็นอันดับที่ 2 ส่วนการขับชี่รดด้วยตนเอง เป็นอันดับสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอุบัติเหตุ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอุบัติเหตุ	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ท่านป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุโดยระมัดระวัง ขณะเคลื่อนไหว	4.61	0.77	ดีมาก	1
2. ท่านมีผู้ช่วยเหลือดูแลและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	4.05	1.28	ดี	3
3. ท่านขับ - ซี่รถด้วยตนเอง	3.74	1.74	ดี	4
4. ท่านนอนชั้นล่างของบ้านหรือห้องนอนอยู่ชั้นเดียวกับ ห้องน้ำ	4.29	1.32	ดี	2
รวม	4.17	0.75	ดี	

7) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอารมณ์ อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมากในด้านการมีอารมณ์ขัน และยิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เสมอ เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมาคือความคิดให้อภัยผู้อื่นเสมอ ไม่เกลียด ไม่โกรธ ไม่โทษใคร เป็นอันดับที่ 2 ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับพอใช้ คือ เมื่อมีความทุกข์ใจ มักครุ่นคิดอยู่คนเดียวไม่ปรึกษาใคร เป็นอันดับสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอารมณ์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอารมณ์	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ท่านมีอารมณ์ขันและยิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เสมอ	4.63	0.72	ดีมาก	1
2. ท่านคิดให้อภัยผู้อื่นเสมอ ไม่เกลียด ไม่โกรธ ไม่โทษใคร	4.36	0.93	ดีมาก	2
3. เมื่อไม่สบายใจท่านจะหาเพื่อนคุยระบายความรู้สึก หรือ ผ่อนคลายโดย การทำสิ่งที่ชอบ เช่น ทำสมาธิ ไหว้พระ เที่ยว ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เป็นต้น	4.20	1.08	ดี	3
4. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นท่านคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเผชิญ และพยายามหาสาเหตุพร้อมกับหาทางแก้ไขปัญหานั้น	4.06	1.16	ดี	4
5. เมื่อมีความทุกข์ใจท่านมักครุ่นคิดอยู่คนเดียวไม่ปรึกษาใคร	3.00	1.21	พอใช้	5
รวม	4.05	0.61	ดี	

8) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดีต อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดี เกี่ยวกับการเมื่อมีเวลาว่าง มักทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ เช่น ช่วยเหลือชุมชน ทำงานหารายได้เสริม ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำสวน อ่านหนังสือ เป็นต้น เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับพอใช้เกี่ยวกับการมักอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไรเลย เป็นอันดับที่ 2 รายละเอียดดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอดีต

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอดีต	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับ ที่
1. เมื่อมีเวลาว่าง ท่านมักทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ เช่น ช่วยเหลือชุมชน ทำงานหารายได้เสริม ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำสวน อ่านหนังสือ เป็นต้น	3.75	1.41	ดี	1
2. ท่านมักอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไรเลย	3.58	1.47	พอใช้	2
รวม	3.67	1.10	พอใช้	

9) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอบอุ่น อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีมากในการพบปะพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว / เพื่อนบ้าน เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมา คือ ตนเองและบุคคลในครอบครัวต่างก็ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เป็นอันดับที่ 2 ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีเกี่ยวกับการได้พูดคุย / ร่วมกิจกรรม / ประชุม / พบปะกับเพื่อนหรือสมาชิกในหมู่บ้าน เป็นอันดับสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอบอุ่น

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอบอุ่น	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ท่านพบปะพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว / เพื่อนบ้าน	4.67	0.68	ดีมาก	1
2. ท่านและบุคคลในครอบครัวต่างก็ดูแลเอาใจใส่ ซึ่งกันและกัน	4.65	0.72	ดีมาก	2
3. ท่านได้พูดคุย / ร่วมกิจกรรม / ประชุม / พบปะกับ เพื่อนหรือสมาชิกในหมู่บ้าน	3.89	1.26	ดี	6
4. ท่านและเพื่อนบ้านต่างก็ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน	4.31	0.99	ดี	3
5. ท่านให้คำปรึกษาและร่วมตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ของครอบครัว / ชุมชน	3.92	1.18	ดี	5
6. ท่านได้มีโอกาสอยู่กับบุตรหลานที่อยู่ห่างไกลกัน ในวันสำคัญหรือเทศกาลต่าง ๆ เช่น วันเกิด สงกรานต์ ปีใหม่ ตรุษจีน คริสมาสต์ เป็นต้น	4.28	1.07	ดี	4
รวม	4.29	0.68	ดี	

10) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอนาคต อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับดี ในการวางแผนสำหรับชีวิตในอนาคตของตนเองและครอบครัว เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมาการเตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เป็นอันดับที่ 2 และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับพอใช้ในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม เป็นอันดับสุดท้าย รายละเอียดดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ด้านอนาคต

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านอนาคต	\bar{X}	S.D.	ระดับ การปฏิบัติ	อันดับที่
1. ท่านเตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นใน อนาคต	3.73	1.41	ดี	2
2. ท่านศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม	3.32	1.43	พอใช้	3
3. ท่านวางแผนสำหรับชีวิตในอนาคตของตนเองและ ครอบครัว	3.86	1.33	ดี	1
รวม	3.64	1.10	พอใช้	

4. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1 ระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) ระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพในระดับดีมากในด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมาด้านสุขภาพจิต เป็นอันดับที่ 2 ส่วนภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี และเป็นอันดับสุดท้าย ได้แก่ ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค รายละเอียดดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	\bar{X}	S.D.	ระดับ สุขภาพ	อันดับที่
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.53	4.28	ดี	3
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.65	8.22	ไม่ดี	4
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ตามอัตภาพ	18.91	3.10	ดีมาก	1
4. ด้านสุขภาพจิต	18.90	3.16	ดีมาก	2
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	10.16	8.03	ไม่ดี	5
รวม	75.16	13.67	ดี	

2) ระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี และไม่ดีอย่างมาก จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 12.29 และ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.12 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ระดับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล

คะแนนภาวะสุขภาพ	ระดับภาวะสุขภาพ	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
86.66 – 100.00	ดีมาก	49	20.76
73.33 – 86.65	ดี	94	39.83
60.00 – 73.32	พอใช้	59	25.00
30.00 – 59.99	ไม่ดี	29	12.29
0.00 – 29.99	ไม่ดีอย่างมาก	5	2.12

4.2 ผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

1) ผลการประเมินภาวะสุขภาพ เกี่ยวกับการมีโรคประจำตัว ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ในจำนวนนี้ พบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ส่วนค่าเฉลี่ยของ ดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับปกติ รายละเอียดดังตารางที่ 4.17 และ 4.18

ตารางที่ 4.17 การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	48	20.34
- มีโรคประจำตัว	188	79.66
ความดันโลหิตสูง	130	55.1
เบาหวาน	79	33.5
ข้อเสื่อม	29	12.3
หัวใจขาดเลือด	17	7.2
หลอดเลือดสมองอุดตัน	6	2.5
อัมพฤกษ์/อัมพาต	5	2.1
มะเร็ง	8	3.4
วัณโรค	4	1.7
โรคอื่น ๆ : ไต ตับ ปอด ผิวน้ำ	26	11.0

ตารางที่ 4.18 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	\bar{X}	S.D.	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
1. ระดับความดันโลหิต				
- ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (ตัวบน)	143.07	23.59	95	233
- ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (ตัวล่าง)	89	11.52	55	122
2. ระดับน้ำตาลในเลือด	140.91	79.35	52	592

2) ผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายปกติ มีพันธุกรรมใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีสุขภาพจิตดี และมีโรคประจำตัว แต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ รายละเอียดดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพ	จำนวน (n = 236)	ร้อยละ
1. ดัชนีมวลกาย		
- ผอม ต่ำกว่า 18.4	22	9.3
- ปกติ 18.5 - 24.9	127	53.8
- อ้วน 25.0 - ขึ้นไป	87	36.9
2. การมีฟันถาวรใช้งานได้ 20 ซี่		
- มีฟันถาวรใช้งานได้ครบ 20 ซี่	78	33.0
- มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่	108	45.8
- ไม่มีฟันถาวรเลย (ใช้ฟันปลอม 33 ไม่ใช้ฟันปลอม 17)	50	21.2
3. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ		
- ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ทุกอย่าง ช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และไม่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ	180	76.3
- ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ทุกอย่าง ช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ แต่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ	29	12.3
- ปฏิบัติภารกิจประจำวันได้บางอย่างและช่วยเหลือผู้อื่นได้บ้าง	25	10.6
- ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้และช่วยเหลือผู้อื่นไม่ได้เลย	2	0.8
4. สุขภาพจิต		
- สุขภาพจิตดี เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมตามปกติ ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์	202	85.6
- รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลงและถูกทอดทิ้งในบางครั้ง	31	13.1
- ประเมินไม่ได้	3	1.3
5. การมีโรคประจำตัว และการควบคุมโรค (สุขภาพร่างกาย)		
- ไม่มีโรคประจำตัว	42	17.8
- มีโรคประจำตัวและสามารถควบคุมโรคได้	113	47.9
- มีโรคประจำตัวแต่ไม่สามารถควบคุมโรคได้	81	34.3

5. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

5.1 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุ

จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุที่ปรากฏในตารางที่ 4.20 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 7.384, p = .000$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีภาวะสุขภาพด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และด้านสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนด้านดัชนีมวลกาย และด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุ

ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	ต่ำกว่า 64 ปี (n = 38)		65 – 69 ปี (n = 49)		70 – 74 ปี (n = 72)		75 – 79 ปี (n = 27)		80 – 84 ปี (n = 34)		85 ปีขึ้นไป (n = 16)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ดัชนีมวลกาย	16.58	3.70	16.33	3.92	16.60	4.43	16.30	3.82	17.35	4.13	15.31	6.70
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	12.95	7.32	14.65	7.51	11.57	8.15	8.19	7.46	6.44	7.54	1.94	2.93
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.80	0.83	19.69	1.16	19.35	2.21	18.76	2.99	17.10	4.36	16.44	6.73
4. ด้านสุขภาพจิต	19.21	2.18	19.59	1.72	19.38	1.61	18.89	2.53	18.38	4.39	15.00	7.07
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	8.68	8.09	9.87	8.09	10.89	8.38	10.00	7.10	10.15	7.98	11.56	8.31
รวม	77.49	12.55	79.89	11.08	77.52	13.42	72.15	13.34	69.72	12.39	61.19	15.58

ตารางที่ 4.21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุ

ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	แหล่ง ความแปรปรวน	SS	df	MS	F – Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	50.658	5	10.132	0.548	.740
	ภายในกลุ่ม	4250.190	230	18.479		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	3027.465	5	605.493	10.831	.000
	ภายในกลุ่ม	12858.043	230	55.905		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถ ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	284.040	5	56.808	6.609	.000
	ภายในกลุ่ม	1976.909	230	8.595		
	รวม	2260.949	235			
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	295.836	5	59.167	6.621	.000
	ภายในกลุ่ม	2055.224	230	8.936		
	รวม	2351.059	235			
ด้านการมีโรคประจำตัว และการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	157.380	5	31.476	0.483	.789
	ภายในกลุ่ม	14998.787	230	65.212		
	รวม	15156.166	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	6076.846	5	1215.369	7.384	.000
	ภายในกลุ่ม	37854.660	230	164.585		
	รวม	43931.506	235			

จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวม ภาวะสุขภาพด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และด้านสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คณะผู้วิจัยดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ พบว่า

ในภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 64 ปี 65 – 69 ปี และ 70 – 74 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 – 69 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 – 84 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาวะสุขภาพด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 64 ปี 65 – 69 ปี และ 70 – 74 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 64 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 – 84 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 – 69 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 – 79 ปี และ 80 – 84 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

ภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 64 ปี 65 – 69 ปี และ 70 – 74 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 – 84 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 64 ปี 70 – 74 ปี และ 65 – 69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .01 และ .05 ตามลำดับ

ภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 64 ปี 65 – 69 ปี และ 70 – 74 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 – 84 ปี มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุ เป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ

ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	อายุ	ต่ำกว่า 64 ปี (n = 38)	65 - 69 ปี (n = 49)	70 - 74 ปี (n = 72)	75 - 79 ปี (n = 27)	80 - 84 ปี (n = 34)	ตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (n = 16)	
ด้านการมีพื้นที่ ครบ 20 ซี่	ต่ำกว่า 64 ปี	ค่าเฉลี่ย 12.95	-	1.70	1.38	4.76	6.51*	11.01**
	65 - 69 ปี	ค่าเฉลี่ย 14.65	-	-	3.08	6.46*	8.21**	12.71**
	70 - 74 ปี	ค่าเฉลี่ย 11.57	-	-	-	3.38	5.13	9.63**
	75 - 79 ปี	ค่าเฉลี่ย 8.19	-	-	-	-	1.75	6.25
	80 - 84 ปี	ค่าเฉลี่ย 6.44	-	-	-	-	-	4.50
	85 ปีขึ้นไป	ค่าเฉลี่ย 1.94	-	-	-	-	-	-
ด้าน ความสามารถ ช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตาม อัตรภาพ	ต่ำกว่า 64 ปี	ค่าเฉลี่ย 19.80	-	0.11	0.45	1.04	2.70*	3.36*
	65 - 69 ปี	ค่าเฉลี่ย 19.69	-	-	0.34	0.93	2.59**	3.25*
	70 - 74 ปี	ค่าเฉลี่ย 19.35	-	-	-	0.59	2.25*	2.91*
	75 - 79 ปี	ค่าเฉลี่ย 18.76	-	-	-	-	1.66	2.32
	80 - 84 ปี	ค่าเฉลี่ย 17.10	-	-	-	-	-	0.66
85 ปีขึ้นไป	ค่าเฉลี่ย 16.44	-	-	-	-	-	-	
ด้านสุขภาพจิต	ต่ำกว่า 64 ปี	ค่าเฉลี่ย 19.21	-	0.38	0.17	0.32	0.83	4.21**
	65 - 69 ปี	ค่าเฉลี่ย 19.59	-	-	0.21	0.70	1.21	4.59**
	70 - 74 ปี	ค่าเฉลี่ย 19.38	-	-	-	0.49	1.00	4.38**
	75 - 79 ปี	ค่าเฉลี่ย 18.89	-	-	-	-	0.51	3.89**
	80 - 84 ปี	ค่าเฉลี่ย 18.38	-	-	-	-	-	3.38*
	85 ปีขึ้นไป	ค่าเฉลี่ย 15.00	-	-	-	-	-	-
รวม	ต่ำกว่า 64 ปี	ค่าเฉลี่ย 77.49	-	2.40	0.03	5.34	7.77	16.30**
	65 - 69 ปี	ค่าเฉลี่ย 79.89	-	-	2.37	7.74	10.17*	18.70**
	70 - 74 ปี	ค่าเฉลี่ย 77.52	-	-	-	5.37	7.80	16.33**
	75 - 79 ปี	ค่าเฉลี่ย 72.15	-	-	-	-	2.43	10.96
	80 - 84 ปี	ค่าเฉลี่ย 69.72	-	-	-	-	-	8.53
	85 ปีขึ้นไป	ค่าเฉลี่ย 61.19	-	-	-	-	-	-

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีภาวะสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.229$, $p = .027$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ชาย (n = 81)		หญิง (n = 155)		t - value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	17.16	3.70	16.19	4.53	1.655	.099
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	11.88	8.02	10.01	8.28	1.659	.098
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.24	2.07	18.73	3.52	1.396	.164
4. ด้านสุขภาพจิต	18.83	3.38	18.94	3.05	0.249	.803
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและ การควบคุมโรค	10.73	8.26	9.86	7.92	0.787	.432
รวม	77.88	13.36	73.74	13.66	2.229	.027

5.3 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพสมรส

จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพสมรสที่ปรากฏในตารางที่ 4.24 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 2.483, p = .086$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพสมรส

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	โสด (n = 29)		หม้าย (n = 109)		คู่ (n = 98)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ด้านดัชนีมวลกาย	17.76	3.16	16.01	4.80	16.73	3.87
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.24	7.74	9.87	8.37	11.64	8.17
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	18.31	4.87	18.58	3.29	19.45	1.98
4. ด้านสุขภาพจิต	18.62	3.99	18.67	3.56	19.23	2.31
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและ การควบคุมโรค	10.17	8.68	9.95	7.82	10.39	8.15
รวม	74.93	14.72	73.20	13.37	77.41	13.49

ตารางที่ 4.25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพสมรส

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	77.444	2	38.722	2.136	.120
	ภายในกลุ่ม	4223.403	233	18.126		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	167.496	2	83.748	1.241	.291
	ภายในกลุ่ม	15718.012	233	67.459		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	50.910	2	25.455	2.684	.070
	ภายในกลุ่ม	2210.039	233	9.485		
	รวม	2260.949	235			
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	19.020	2	9.510	0.950	.388
	ภายในกลุ่ม	2332.040	233	10.009		
	รวม	2351.059	235			
ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	10.136	2	5.068	0.078	.925
	ภายในกลุ่ม	15146.030	233	65.004		
	รวม	15156.166	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	916.891	2	458.445	2.483	.086
	ภายในกลุ่ม	43014.616	233	184.612		
	รวม	43931.506	235			

5.4 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา

จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษาที่ปรากฏในตารางที่ 4.26 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 1.814, p = .165$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ไม่ได้เรียน (n = 20)		ประถมศึกษา (n = 207)		มัธยมศึกษา / ปวช. (n = 9)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.00	5.76	16.52	4.18	17.78	2.64
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	9.40	8.52	10.61	8.18	14.33	8.40
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือ ตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.45	1.61	18.84	3.25	19.28	1.82
4. ด้านสุขภาพจิต	18.75	3.19	18.86	3.23	20.00	0.00
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและ การควบคุมโรค	9.75	8.35	10.12	8.08	11.94	6.71
รวม	73.35	14.15	74.98	13.67	83.33	11.10

ตารางที่ 4.27 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการศึกษา

ภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	19.640	2	9.820	0.534	.587
	ภายในกลุ่ม	4281.208	233	18.374		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	153.626	2	76.813	1.138	.322
	ภายในกลุ่ม	15731.882	233	67.519		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถ ช่วยเหลือตนเองและ ผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	8.115	2	4.058	0.420	.658
	ภายในกลุ่ม	2252.834	233	9.669		
	รวม	2260.949	235			

ตารางที่ 4.27 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	11.597	2	5.798	0.577	.562
	ภายในกลุ่ม	2339.463	233	10.041		
	รวม	2351.059	235			
ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	32.338	2	16.169	0.249	.780
	ภายในกลุ่ม	15123.828	233	64.909		
	รวม	15156.166	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	673.409	2	336.704	1.814	.165
	ภายในกลุ่ม	43258.098	233	185.657		
	รวม	43931.506	235			

5.5 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการอ่านเขียน จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการอ่านเขียนที่ปรากฏในตารางที่ 4.28 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการอ่านเขียนต่างกัน มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 1.082, p = .341$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการอ่านเขียน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	อ่าน / เขียนได้ (n = 183)		อ่านได้ / เขียนไม่ได้ (n = 31)		อ่าน / เขียนไม่ได้ (n = 22)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.58	4.02	16.29	4.47	16.36	6.01
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.53	8.17	12.00	8.56	9.77	8.39
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.06	2.56	19.10	3.69	17.39	5.37
4. ด้านสุขภาพจิต	19.04	2.67	18.55	4.32	18.18	4.77
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	10.33	8.03	9.35	7.77	9.85	8.67
รวม	75.64	12.87	75.23	15.15	71.10	17.58

ตารางที่ 4.29 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการอ่านเขียน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	2.932	2	1.466	0.079	.924
	ภายในกลุ่ม	4297.915	233	18.446		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	76.060	2	38.030	0.560	.572
	ภายในกลุ่ม	15809.448	233	67.852		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	56.126	2	28.063	2.966	.053
	ภายในกลุ่ม	2204.823	233	9.463		
	รวม	2260.949	235			
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	18.959	2	9.479	0.947	.389
	ภายในกลุ่ม	2332.100	233	10.009		
	รวม	2351.059	235			

ตารางที่ 4.29 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	27.592	2	13.796	0.212	.809
	ภายในกลุ่ม	15128.575	233	64.930		
	รวม	15156.166	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	404.176	2	202.088	1.082	.341
	ภายในกลุ่ม	43527.330	233	186.813		
	รวม	43931.506	235			

5.6 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 1.833$, $p = .068$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.30

ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการงาน / อาชีพ ที่ทำให้เกิดรายได้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ไม่มีงาน / อาชีพ (n = 134)		มีงาน / อาชีพ (n = 102)		t - value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.46	4.70	16.62	3.67	0.298	.766
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	9.87	8.19	11.69	8.19	1.692	.092
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	18.52	3.47	19.42	2.47	2.323	.021
4. ด้านสุขภาพจิต	18.66	3.48	19.22	2.68	1.395	.164
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	10.18	8.03	10.13	8.07	0.048	.962
รวม	73.77	14.48	76.98	12.37	1.833	.068

5.7 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้

1) จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t – test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 1.200, p = .232$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.31

ตารางที่ 4.31 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ไม่มีรายได้ (n = 15)		มีรายได้ (n = 221)		t – value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.33	3.99	16.54	4.30	0.179	.858
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	9.00	8.42	10.76	8.22	0.804	.422
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ	18.37	3.93	18.94	3.05	0.696	.487
4. ด้านสุขภาพจิต	18.67	2.97	18.91	3.18	0.293	.770
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	8.17	8.37	10.29	8.01	0.993	.322
รวม	71.07	12.48	75.44	13.73	1.200	.232

2) จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามความเพียงพอของรายได้ที่ปรากฏในตารางที่ 4.32 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 0.508, p = .602$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.33

ตารางที่ 4.32 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามความเพียงพอของรายได้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	เพียงพอ เหลือเกิน (n = 54)		เพียงพอ ไม่เหลือเกิน (n = 139)		ไม่เพียงพอ (n = 43)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.57	4.43	16.37	4.29	16.98	4.10
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	9.54	8.50	10.49	8.13	12.58	8.02
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	18.41	3.98	19.06	2.86	19.03	2.56
4. ด้านสุขภาพจิต	18.33	4.45	19.21	2.55	18.60	2.95
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	11.05	7.88	10.05	7.87	9.28	8.71
รวม	73.90	15.34	75.17	13.09	76.73	13.47

ตารางที่ 4.33 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความเพียงพอของรายได้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	12.379	2	6.190	0.336	.715
	ภายในกลุ่ม	4288.468	233	18.405		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	230.884	2	115.442	1.718	.182
	ภายในกลุ่ม	15654.625	233	67.187		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	17.484	2	8.742	0.908	.405
	ภายในกลุ่ม	2243.465	233	9.629		
	รวม	2260.949	235			

ตารางที่ 4.33 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	34.331	2	17.165	1.726	.180
	ภายในกลุ่ม	2316.729	233	9.943		
	รวม	2351.059	235			
ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	77.279	2	38.640	0.599	.550
	ภายในกลุ่ม	15024.090	233	64.481		
	รวม	15101.370	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	190.908	2	95.454	0.508	.602
	ภายในกลุ่ม	43740.598	233	187.728		
	รวม	43931.506	235			

6. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

6.1 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบันต่างก็มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 0.432$, $p = .666$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.34

ตารางที่ 4.34 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	อยู่คนเดียว (n = 21)		ไม่ได้อยู่คนเดียว (n = 215)		t - value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	17.14	2.54	16.47	4.41	1.076	.290
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	11.14	8.48	10.60	8.22	0.286	.775
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.21	3.17	18.88	3.10	0.475	.635
4. ด้านสุขภาพจิต	19.29	1.79	18.86	3.27	0.587	.558
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	7.14	8.26	10.45	7.97	1.812	.071
รวม	73.93	13.93	75.28	13.67	0.432	.666

6.2 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t – test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 0.752$, $p = .453$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดัง ตารางที่ 4.35

ตารางที่ 4.35 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ไม่มีผู้ดูแล (n = 15)		มีผู้ดูแล (n = 221)		t – value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	17.67	3.20	16.45	4.34	1.068	.287
2. ด้านการมีเพื่อนครบ 20 คน	11.07	8.84	10.62	8.20	0.201	.841
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.67	0.59	18.86	3.20	0.980	.328
4. ด้านสุขภาพจิต	19.00	2.07	18.89	3.23	0.128	.898
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	10.33	8.96	10.15	7.99	0.087	.931
รวม	77.73	9.29	74.99	13.92	0.752	.453

6.3 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแล

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t – test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 1.328$, $p = .186$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.36

ตารางที่ 4.36 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ดูแลช่วยเหลือดี ทุกครั้งที่ต้องการ (n = 185)		ดูแลช่วยเหลือดี เป็นบางครั้ง (n = 36)		t - value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.35	4.37	16.94	4.19	0.750	.454
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.92	8.21	9.08	8.09	1.234	.218
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือ ตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ	18.82	3.33	19.01	2.41	0.325	.746
4. ด้านสุขภาพจิต	18.84	3.39	19.17	2.24	0.559	.577
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและ การควบคุมโรค	10.63	7.77	7.55	8.58	2.140	.033
รวม	75.53	14.12	72.17	12.61	1.328	.186

6.4 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามแหล่งบริการสุขภาพในหมู่บ้าน
เมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วย

1) จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตาม
แหล่งบริการสุขภาพเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วยที่ปรากฏในตารางที่ 4.37 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้
การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งบริการสุขภาพ
ในหมู่บ้านเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วยต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 0.868, p = .421$)
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง
ที่ 4.38

ตารางที่ 4.37 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามแหล่งบริการสุขภาพในหมู่บ้านเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ใช้ทุกครั้ง (n = 115)		ใช้เป็นบางครั้ง (n = 91)		ไม่ใช้เลย (n = 30)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.17	4.51	16.76	4.04	17.17	4.09
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.63	8.15	11.22	8.27	9.00	8.40
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.31	1.96	18.65	3.51	18.13	4.81
4. ด้านสุขภาพจิต	18.74	3.23	18.96	2.91	19.33	3.65
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	9.00	8.11	11.17	7.69	11.53	8.36
รวม	74.02	13.17	76.54	13.20	75.36	16.79

ตารางที่ 4.38 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามแหล่งบริการสุขภาพในหมู่บ้านเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	31.478	2	15.739	0.859	.425
	ภายในกลุ่ม	4269.370	233	18.323		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	111.243	2	55.622	0.822	.441
	ภายในกลุ่ม	15774.265	233	67.701		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	42.345	2	21.173	2.224	.111
	ภายในกลุ่ม	2218.604	233	9.522		
	รวม	2260.949	235			

ตารางที่ 4.38 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	8.895	2	4.447	0.442	.643
	ภายในกลุ่ม	2342.165	233	10.052		
	รวม	2351.059	235			
ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	304.036	2	152.018	2.385	.094
	ภายในกลุ่ม	14852.130	233	63.743		
	รวม	15156.166	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	324.923	2	162.461	0.868	.421
	ภายในกลุ่ม	43606.584	233	187.153		
	รวม	43931.506	235			

2) การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการใช้บริการสุขภาพจากในแหล่งอื่น ๆ

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการใช้บริการสุขภาพในแหล่งอื่น ๆ ต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 0.902$, $p = .371$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.39

ตารางที่ 4.39 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการใช้บริการสุขภาพในแหล่งอื่น ๆ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ใช้บริการจากแหล่งอื่น ๆ (n = 43)		ไม่ได้ใช้บริการจากแหล่งอื่น ๆ (n = 193)		t - value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	15.70	5.07	16.71	4.07	1.406	.161
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.58	8.20	10.67	8.25	0.063	.950
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	17.91	4.80	19.13	2.54	1.620	.112
4. ด้านสุขภาพจิต	18.60	3.63	18.96	3.06	0.672	.502
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	10.77	7.76	10.02	8.10	0.554	.580
รวม	73.24	15.92	75.59	13.13	0.902	.371

6.5 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทน

1) จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนที่ปรากฏในตารางที่ 4.40 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One – way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนต่างกัน มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 1.554, p = .214$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.41

ตารางที่ 4.40 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ (n = 125)		ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง (n = 88)		ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย (n = 23)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.44	4.66	16.59	3.76	16.74	4.16
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.50	7.99	11.06	8.37	9.96	9.16
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.28	2.10	19.06	2.66	16.33	6.47
4. ด้านสุขภาพจิต	19.12	2.46	18.92	3.05	17.61	5.81
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	10.04	8.19	10.43	7.82	9.78	8.29
รวม	75.56	12.61	75.84	13.07	70.41	19.96

ตารางที่ 4.41 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	2.340	2	1.170	0.063	.939
	ภายในกลุ่ม	4298.508	233	18.449		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีพันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	28.588	2	14.294	0.210	.811
	ภายในกลุ่ม	15856.920	233	68.055		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	172.201	2	86.100	9.605	.000
	ภายในกลุ่ม	2088.748	233	8.965		
	รวม	2260.949	235			
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	44.438	2	22.219	2.244	.108
	ภายในกลุ่ม	2306.621	233	9.900		
	รวม	2351.059	235			
ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	11.308	2	5.654	0.087	.917
	ภายในกลุ่ม	15144.858	233	64.999		
	รวม	15156.166	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	578.394	2	289.197	1.554	.214
	ภายในกลุ่ม	43353.112	233	186.065		
	รวม	43931.506	235			

2) จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คณะผู้วิจัยดำเนินการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนเป็นประจำ และได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้งมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รายละเอียดดังตารางที่ 4.42

ตารางที่ 4.42 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนเป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ

การได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทน		ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ (n = 125)	ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง (n = 88)	ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย (n = 23)
ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ	ค่าเฉลี่ย 19.28	–	0.22	2.95**
ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง	ค่าเฉลี่ย 19.06		–	2.73**
ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย	ค่าเฉลี่ย 16.33			–

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6.6 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกและปลอดภัยต่อการดูแลสุขภาพ

1) การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกต่อการดูแลสุขภาพ

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t – test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกต่อการดูแลสุขภาพต่างก็มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน (t = 0.450, p = .683) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกต่อการดูแลสุขภาพต่างกันจะมีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.43

ตารางที่ 4.43 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกต่อการดูแลสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	สะดวก (n = 209)		ไม่สะดวก (n = 27)		t - value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.48	4.30	13.75	7.50	0.727	.519
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.66	8.24	8.00	9.80	0.638	.524
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.17	2.35	14.88	9.92	0.866	.450
4. ด้านสุขภาพจิต	19.07	2.43	15.00	10.00	0.813	.476
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	9.87	8.04	16.25	2.50	4.665	.008
รวม	75.27	13.08	67.88	32.82	0.450	.683

2) การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านปลอดภัยต่อการดูแลสุขภาพ

จากการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบที (t - test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านปลอดภัยต่อการดูแลสุขภาพต่างก็มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 0.894$, $p = .372$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทุกด้านไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.44

ตารางที่ 4.44 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านปลอดภัย
ต่อการดูแลสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ปลอดภัย (n = 168)		ไม่ปลอดภัย (n = 68)		t - value	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.67	4.16	16.00	4.18	0.353	.724
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.39	8.20	11.20	7.66	0.219	.827
3. ด้านความสามารถช่วยเหลือ ตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	18.89	3.07	20.00	0.00	0.804	.422
4. ด้านสุขภาพจิต	18.87	3.21	19.00	2.24	0.090	.928
5. ด้านการมีโรคประจำตัวและการ ควบคุมโรค	9.76	7.93	14.00	8.22	1.177	.241
รวม	74.72	13.48	80.20	14.20	0.894	.372

6.7 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามหมู่บ้านที่อาศัย

1) จากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามหมู่บ้านที่อาศัยที่ปรากฏในตารางที่ 4.45 คณะผู้วิจัยทดสอบโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหมู่บ้านที่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 1.659$, $p = .177$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 4.46

ตารางที่ 4.45 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามหมู่บ้านที่อาศัย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	หมู่ 1 (n = 115)		หมู่ 2 (n = 18)		หมู่ 3 (n = 81)		หมู่ 4 (n = 22)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1. ด้านดัชนีมวลกาย	16.43	4.43	18.06	2.51	16.23	4.51	16.82	3.63
2. ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	10.50	8.11	11.61	7.45	10.46	8.55	11.41	8.64
3. ด้านความสามารถ ช่วยเหลือตนเองและ ผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	19.10	3.07	18.56	3.30	18.94	2.95	18.09	3.67
4. ด้านสุขภาพจิต	19.09	3.15	20.00	0.00	18.58	3.53	18.18	2.91
5. ด้านการมีโรคประจำตัว และการควบคุมโรค	11.64	8.28	6.53	7.82	10.00	7.41	5.99	7.03
รวม	76.76	13.19	74.50	13.60	74.43	14.36	70.03	12.98

ตารางที่ 4.46 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามหมู่บ้านที่อาศัย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F - Ratio	p
ด้านดัชนีมวลกาย	ระหว่างกลุ่ม	51.826	3	17.275	0.943	.420
	ภายในกลุ่ม	4249.021	232	18.315		
	รวม	4300.847	235			
ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่	ระหว่างกลุ่ม	35.066	3	11.689	0.171	.916
	ภายในกลุ่ม	15850.443	232	68.321		
	รวม	15885.508	235			
ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ	ระหว่างกลุ่ม	21.047	3	7.016	0.727	.537
	ภายในกลุ่ม	2239.902	232	9.655		
	รวม	2260.949	235			
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	45.428	3	15.143	1.524	.209
	ภายในกลุ่ม	2305.632	232	9.938		
	รวม	2351.059	235			
ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค	ระหว่างกลุ่ม	873.215	3	291.072	4.728	.003
	ภายในกลุ่ม	14282.951	232	61.564		
	รวม	15156.166	235			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	922.727	3	307.576	1.659	.177
	ภายในกลุ่ม	43008.780	232	185.383		
	รวม	43931.506	235			

2) จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) พบว่าผู้สูงอายุที่มีหมู่บ้านที่อาศัยต่างกัน มีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 คณะผู้วิจัยดำเนินการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีเซฟเฟ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่ 1 มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 4.47

ตารางที่ 4.47 การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค จำแนกตามหมู่บ้านที่อาศัยเป็นรายคู่โดยวิธีเชฟเฟ

หมู่บ้านที่อาศัย		หมู่ 1 (n = 115)	หมู่ 2 (n = 18)	หมู่ 3 (n = 81)	หมู่ 4 (n = 22)
หมู่ 1	ค่าเฉลี่ย 11.64	-	5.08	1.64	5.65*
หมู่ 2	ค่าเฉลี่ย 6.56		-	3.44	0.57
หมู่ 3	ค่าเฉลี่ย 10.00			-	4.01
หมู่ 4	ค่าเฉลี่ย 5.99				-

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. การวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

7.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาพรวม

1) คณะผู้วิจัยนำตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 10 ตัวแปร และตัวแปรภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผันกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอดิเรกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียด ดังตารางที่ 4.48

ตารางที่ 4.48 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับ
 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	อาหาร	อากาศ	ออก กำลังกาย	อุจจาระ	อนามัย (ช่องปาก)	อุบัติเหตุ	อารมณ์	อดิเรก	อบอุ่น	อนาคต
ภาวะ สุขภาพ	r = -.066 p = .315	r = -.115 p = .077	r = .063 p = .333	r = .036 p = .579	r = .070 p = .284	r = -.194 p = .003	r = .065 p = .318	r = .281 p = .000	r = .118 p = .071	r = .073 p = .264
อาหาร	-	r = .296 p = .000	r = .400 p = .000	r = .177 p = .000	r = .349 p = .000	r = .260 p = .000	r = .329 p = .000	r = .091 p = .164	r = .385 p = .000	r = .156 p = .016
อากาศ		-	r = .153 p = .019	r = .241 p = .000	r = .094 p = .151	r = .295 p = .000	r = .102 p = .120	r = -.010 p = .875	r = .133 p = .041	r = -.040 p = .543
ออก กำลังกาย			-	r = .269 p = .000	r = .374 p = .000	r = .112 p = .086	r = .350 p = .000	r = .329 p = .000	r = .316 p = .000	r = .245 p = .000
อุจจาระ				-	r = .066 p = .311	r = .162 p = .013	r = .297 p = .000	r = .067 p = .308	r = .233 p = .000	r = .189 p = .004
อนามัย (ช่องปาก)					-	r = .150 p = .021	r = .378 p = .000	r = .132 p = .043	r = .436 p = .000	r = .217 p = .001
อุบัติเหตุ						-	r = .249 p = .000	r = -.046 p = .480	r = .210 p = .001	r = .058 p = .377
อารมณ์							-	r = .346 p = .000	r = .540 p = .000	r = .350 p = .000
อดิเรก								-	r = .419 p = .000	r = .285 p = .000
อบอุ่น									-	r = .542 p = .000
อนาคต										-

2) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยใช้วิธี Stepwise พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดิเรก และอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .334$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแม่นยำในการทำนาย ร้อยละ 10.4 ($\text{Adjusted } R^2 = .104$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.49

ตารางที่ 4.49 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	F
อดีต	.281	.079	.075	19.999*
อดีต * อุบัติเหตุ	.334	.112	.104	14.626*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยค่าประมาณของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยสามารถเขียนสมการถดถอยที่จะทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ} = 76.543 + 3.379 (\text{อดีต}) - 3.300 (\text{อุบัติเหตุ})$$

เมื่อแปลงคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Z - score) แล้วได้สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z \text{ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ} = 0.272 (Z \text{ อดีต}) - 0.181 (Z \text{ อุบัติเหตุ})$$

รายละเอียดดังตารางที่ 4.50

ตารางที่ 4.50 ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากการที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t
	B	Std. Error	Beta	
ค่าคงที่	76.543	5.646		13.557*
อดีต	3.379	0.767	0.272	4.404*
อุบัติเหตุ	-3.300	1.125	-0.181	2.933*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน

คณะผู้วิจัยแยกพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตภาพ และด้านสุขภาพจิตได้ ขณะที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไม่สามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านดัชนีมวลกาย และด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค คณะผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดในแต่ละด้าน ดังนี้

1) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยใช้วิธี Stepwise พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดิเรก มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .133$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ที่มีความแม่นยำในการทำนาย ร้อยละ 1.3 ($\text{Adjusted } R^2 = .013$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.51

ตารางที่ 4.51 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่

ปัจจัยทำนาย	R	R^2	Adjusted R^2	F
อดิเรก	.133	.018	.013	4.184*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ โดยค่าประมาณของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย สามารถเขียนสมการถดถอยที่จะทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่} = 7.026 + 0.989 (\text{อดิเรก})$$

เมื่อแปลงคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Z-score) แล้วได้สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z \text{ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่} = 0.133 (Z \text{ อดิเรก})$$

รายละเอียดดังตารางที่ 4.52

ตารางที่ 4.52 ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ จากการที่ได้รับ การคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T
	B	Std. Error	Beta	
ค่าคงที่	7.026	1.851		3.796*
อติเรก	0.989	0.484	0.133	2.046*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยใช้วิธี Stepwise พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอติเรก อุบัติเหตุ และอนามัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .446$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ ที่มีความแม่นยำในการทำนาย ร้อยละ 18.9 (Adjusted $R^2 = .189$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.53

ตารางที่ 4.53 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสูงอายุกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ

ปัจจัยทำนาย	R	R^2	Adjusted R^2	F
อติเรก	.312	.097	.093	25.159*
อติเรก * อุบัติเหตุ	.381	.145	.138	19.797*
อติเรก * อุบัติเหตุ * อนามัย	.446	.199	.189	19.233*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ โดยค่าประมาณของค่าสัมประสิทธิ์ ความถดถอย สามารถเขียนสมการถดถอยที่จะทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ} \\ = 17.070 + 0.756 (\text{อดีเรก}) - 1.061 (\text{อุบัติเหตุ}) + 0.964 (\text{อนามัย})$$

เมื่อแปลงคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Z - score) แล้วได้สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z \text{ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตาม} \\ \text{ตามอัตภาพ} = 0.268 (Z \text{ อดีเรก}) - 0.257 (Z \text{ อุบัติเหตุ}) + 0.237 (Z \text{ อนามัย}) \text{ รายละเอียดดังตาราง} \\ \text{ที่ 4.54}$$

ตารางที่ 4.54 ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ จากการที่เข้ารับ การคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t
	B	Std. Error	Beta	
ค่าคงที่	17.070	1.374		12.421*
อดีเรก	0.756	0.167	0.268	4.518*
อุบัติเหตุ	-1.061	0.246	-0.257	4.314*
อนามัย	0.964	0.244	0.237	3.952*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยใช้วิธี Stepwise พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดีเรก อุบัติเหตุ ออกกำลังกาย และอนามัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .417$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต ที่มีความแม่นยำในการทำนายร้อยละ 16.0 ($\text{Adjusted } R^2 = .160$) รายละเอียดดังตารางที่ 4.55

ตารางที่ 4.55 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	F
อติเรก	.333	.111	.107	29.270*
อติเรก * อุบัติเหตุ	.364	.133	.125	17.798*
อติเรก * อุบัติเหตุ * อนามัย	.387	.149	.138	13.585*
อติเรก * อุบัติเหตุ * อนามัย * ออกกำลังกาย	.417	.174	.160	12.184*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต โดยค่าประมาณของค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย สามารถเขียนสมการถดถอยที่จะทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต = 17.738 + 1.034 (อติเรก) - 0.646 (อุบัติเหตุ) + 0.791 (อนามัย) - 0.710 (ออกกำลังกาย)

เมื่อแปลงคะแนนดิบให้เป็นคะแนนมาตรฐาน (Z-score) แล้วได้สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

Z ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต = 0.360 (Z อติเรก) - 0.153 (Z อุบัติเหตุ) + 0.191 (Z อนามัย) - 0.179 (Z ออกกำลังกาย) รายละเอียดดังตารางที่ 4.56

ตารางที่ 4.56 ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเชิงพหุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตจากการที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t
	B	Std. Error	Beta	
ค่าคงที่	17.738	1.491		11.900*
อติเรก	1.034	0.183	0.360	5.663*
อุบัติเหตุ	-0.646	0.256	-0.153	2.521*
อนามัย	0.791	0.269	0.191	2.939*
ออกกำลังกาย	-0.710	0.270	-0.179	2.634*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่หนึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและนำผลการสัมภาษณ์มาบูรณาการ สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่วนขั้นตอนที่สอง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ แบบสำรวจ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 236 คน คณะผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

- 1.1 สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า
- 1.2 สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า

2. อภิปรายผลการวิจัย

3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สูงอายุ 10 คน สรุปได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การได้รับอากาศที่ดี การมีอารมณ์และความคิดดี การทำงาน (อดิเรก) และกิจกรรมอย่างต่อเนื่องไม่อยู่เฉย การขับถ่ายอุจจาระเป็นประจำ และความอบอุ่นใจ ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีและผลงานวิจัย ที่คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนมา โดยเฉพาะแนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง 10 อ.ของกระทรวงสาธารณสุข

2. สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณแบบสำรวจ เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า

2.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 75.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.67 โดยมีภาวะสุขภาพระดับดีมากในด้านความสามารถช่วยเหลือตนเอง และผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ เป็นอันดับที่หนึ่ง รองลงมาด้านสุขภาพจิต เป็นอันดับที่ 2 และภาวะสุขภาพในระดับดี ในด้านดัชนีมวลกาย เป็นอันดับที่ 3 ส่วนภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ และ ด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค เป็นอันดับที่ 4 และ 5 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพในระดับดี จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 39.83 มีภาวะสุขภาพในระดับไม่ดีและไม่ดีอย่างมาก จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 12.29 และ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.12 ตามลำดับ

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 5 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 76.3 มีสุขภาพจิตดี จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 และมีโรคประจำตัวและสามารถควบคุมโรคได้จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

1) ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่าน เขียน การงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ และความเพียงพอของรายได้ ต่างกัน สรุปผลได้ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ และด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

(2) ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(3) ผู้สูงอายุที่มีการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม สรุปผลได้ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่มีการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลต่างกัน มีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(2) ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้าน หรือผู้แทนต่างกัน มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนเป็นประจำ และรับรู้ถึงการสนับสนุนเป็นบางครั้งมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

(3) ผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกต่อการดูแลสุขภาพต่างกัน มีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกต่อการดูแลสุขภาพต่างกันจะมีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

(4) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

3) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปผลได้ดังนี้

(1) มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพียง 2 ด้าน คือ ด้านอดิเรก และอุบัติเหตุ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .334$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแม่นยำร้อยละ 10.4 ($\text{Adjusted } R^2 = .104$)

(2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีพันครบ 20 ซี่ ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ และด้านสุขภาพจิต ได้ ดังนี้

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดีตแรก มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .133$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีฟันครบ 20 ซี่ ที่มีความแม่นยำในการทำนาย ร้อยละ 1.3 (Adjusted $R^2 = .013$)

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดีตแรก อุบัติเหตุและอนามัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .446$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ที่มีความแม่นยำในการทำนาย ร้อยละ 18.9 (Adjusted $R^2 = .189$)

สมการ คือ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ = $17.070 + 0.756$ (อดีตแรก) - 1.061 (อุบัติเหตุ) + 0.964 (อนามัย)

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดีตแรก อุบัติเหตุ ออกกำลังกาย และอนามัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .417$) และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต ที่มีความแม่นยำในการทำนาย ร้อยละ 16.0 (Adjusted $R^2 = .160$)

สมการ คือ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต = $17.738 + 1.034$ (อดีตแรก) - 0.646 (อุบัติเหตุ) + 0.791 (อนามัย) - 0.710 (ออกกำลังกาย)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1 ระดับของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเฒ่าในภาพรวม อยู่ในระดับดี ส่วนในด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพและด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพระดับดีถึงดีมาก รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลส่วนใหญ่ระดับดีถึงดีมาก เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของตัวผู้สูงอายุเอง และศักยภาพของชุมชนในด้านการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพและด้านสุขภาพจิต น่าจะสืบเนื่องมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลโคกโคเฒ่าส่วนใหญ่เป็นคนขยันขันแข็ง ไม่อยู่นิ่งเฉย และลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีการดูแลช่วยเหลือและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทร ในครอบครัว เครือญาติ และในกลุ่มเพื่อนบ้านใกล้เรือนเคียง รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในชุมชน สะอาด สงบ อากาศดี

ผู้นำในชุมชนให้ความสนใจลูกบ้าน และมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลผู้สูงอายุเป็นกลุ่มย่อย ทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร์ วงศ์บรรเจิดแสง (2552) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การดูแลตนเองมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ โดยสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ดี ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ และ ระดับไม่ดี ถึงระดับไม่ตัวอย่างมาก รวมจำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 39.41 และจากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และระดับที่ต้องแก้ไข เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ส่วนหนึ่งคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีข้อเสื่อม หัวใจขาดเลือด และอัมพฤกษ์ /อัมพาต ไม่สามารถเดินทางออกจากบ้านด้วยตนเองได้ โดยลำพัง อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องร่วมรับผิดชอบและร่วมมือกันดูแลต่อไป

1.2 ผลการประเมินภาวะสุขภาพโดยการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกายผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเฒ่า พบข้อเท็จจริงที่ควรให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง คือ มีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 188 คิดเป็นร้อยละ 79.66 และในจำนวนนี้พบความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมาคือ เบาหวาน ข้อเสื่อม และ หัวใจขาดเลือด จำนวน 79 29 และ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 33.5 12.3 และ 7.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยสถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุไทยที่มีโรคเรื้อรัง (2551) ที่พบว่า โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็น 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม/ปวดข้อ และโรคกระเพาะ/ลำไส้ ตามลำดับ และจากการศึกษาข้อมูลในชุมชนจากสี่ภาคของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรกเรียงตามลำดับ ได้แก่ อาการปวดข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และอันดับที่ 8 คือ โรคหัวใจ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเฒ่ามีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันและเป็นอัมพฤกษ์/อัมพาต อีกรวม 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.6 ในจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด มีผู้ที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 และพบว่า มีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน และ ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ

จากผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเฒ่ามีโรคเรื้อรังที่จะต้องได้รับการดูแลเป็นจำนวนมากไม่น้อย โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่ามีค่าความดันโลหิตตัวบนสูงสุดถึง 233 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตตัวล่างสูงสุดถึง 122 มิลลิเมตรปรอท และโรคเบาหวาน พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุดถึง 592 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ ต่ำสุด 52 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเป็นระดับที่เป็นอันตรายมาก ผู้สูงอายุบางคนไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนเนื่องจากไม่เคยมีอาการผิดปกติและไม่เคยตรวจร่างกายประจำปี ซึ่งคณะผู้วิจัยได้สอบถามเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรค พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานบางคน ไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาตามที่แพทย์หรือพยาบาลนัดหมาย เนื่องจากผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะพาไป หรือผู้สูงอายุบางคนมีความเข้าใจว่า รับประทานยามาก ๆ ไม่ดี จึงหยุดรับประทานยาเอง มีผลทำให้ขาดยาและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ จากการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะว่าในภาพรวมจะอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณารายด้านและรายชื่อ พบว่า มีพฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้ และระดับที่ต้องแก้ไขหลายข้อ โดยเฉพาะในด้านอาหาร 4 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารรสเค็มหรือมักเติมน้ำปลา/ซอสปรุงรส อยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข และอีก 3 ข้อ อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ การดื่มนมพร่องมันเนย / นมถั่วเหลือง / น้ำเต้าหู้ อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว การรับประทานอาหารใส่กะทิ และ / หรือ อาหารไขมันสูง และรับประทานขนมหวานปริมาณมาก ซึ่งทั้ง 4 ประเด็น ล้วนแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้นับเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 90 ไม่ทราบสาเหตุ และมักไม่แสดงอาการ เป็นภัยเงียบที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด และเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ซึ่งการควบคุมโรคที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียม แป้ง น้ำตาล และไขมัน ให้น้อยลง การควบคุมน้ำหนักตัว งดบุหรี่ งดแอลกอฮอล์ การดูแลในด้านอารมณ์ และการค่อย ๆ ปรับยาจนสามารถควบคุมอาการได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2553) สำหรับเบาหวาน เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้มีการทำลาย การเสื่อมสภาพ การล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ ตา (retinopathy) ไต (nephropathy) เส้นประสาท (neuropathy) และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (microangiopathy) และขนาดใหญ่ (macroangiopathy) (สุทินศรีอัญญาพร และวรรณิ นิธิยานันท์, 2548) ดังนั้นปัญหาเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอาหารของผู้สูงอายุในตำบลโคกโคเฒ่า จึงควรได้รับความรู้เพื่อการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และให้การดูแลอย่างจริงจังและต่อเนื่องต่อไป

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1) จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่ากลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จะมีภาวะสุขภาพในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและสภาพจิตใจที่มีความเสื่อมถอยไปตามวัย สอดคล้องกับทฤษฎีของภาวะสูงอายุโดยทั่วไป และผลการศึกษาของ เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติธิศักดิ์ (2553) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายความว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง

2) ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีภาวะสุขภาพในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า เพศชายจะมีระดับของภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากชายสูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำครอบครัว ไม่ได้อยู่ตามลำพัง แต่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ได้รับการดูแล และมีกิจกรรมร่วมกับชุมชนอยู่เสมอ และเนื่องจากผู้สูงอายุหญิงจะมีการอยู่รอดมากกว่าเพศชายทั้งที่มีโรคประจำตัว จึงทำให้มีสัดส่วนของผู้หญิงที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน “แนวโน้มทางประชากร” ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี 2552 ที่มีข้อสังเกตว่า “ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสหรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างชัดเจน แต่ประเด็นที่ควรสนใจ คือ ความยืนยาวของชีวิตที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นการเพิ่มความยืนยาวที่มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่” (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟโล, ม.ป.ป.) และผลการศึกษาของ เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติธิศักดิ์ (2553) พบว่า เพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะส่งผลไปถึงภาวะสุขภาพที่ดีกว่า

3) ผู้สูงอายุที่มีการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายละเอียด พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้มีระดับของภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีมีการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีการงาน / อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ มีโอกาสและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพมากกว่า

2.2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

1) ผู้สูงอายุที่มีการดูแลช่วยเหลือของผู้ดูแลต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจที่จะเดินทางไปตรวจรักษาและทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการควบคุมโรคที่ดีกว่า

2) ผู้สูงอายุที่รับรู้ถึงการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนต่างกัน มีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทนเป็นประจำ และได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้งมีภาวะสุขภาพด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ แตกต่างกับผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติศิริศักดิ์ (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจาก ชุมชน เพื่อน และเพื่อนบ้าน มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และย่อมมีผลถึงการมีภาวะสุขภาพที่ดีด้วย อธิบายได้ว่าจากการที่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับผู้อื่น และได้มีการรวมกลุ่มกันในหมู่บ้าน ทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น และได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้มีความผูกพันทางสังคม และเมื่อบุคคลมีความผูกพันทางสังคมมากย่อมทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ มุทิตา พันภัยพาล, สมพร เจริญชัยศรี และไพลิน นุกุลกิจ. (2545) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จด้านสุขภาพองค์รวมในผู้สูงอายุชาวไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ 8 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 325 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญและสามารถทำนายการประสบความสำเร็จในด้านสุขภาพองค์รวม คือ สถานภาพสมรส การรับรู้สุขภาพตนเองว่าดีมากและดี มีบ้านอยู่ใกล้และห่างพอสมควรจากตลาด วัด และรับการสนับสนุนด้านการให้ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองจากเจ้าหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุและบุคลากรด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

3) ผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะดวกต่อการดูแลสุขภาพต่างก็มีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ต่างกัน มีภาวะสุขภาพด้านการมีโรคประจำตัวและการควบคุมโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าในหมู่บ้านที่มีความสะดวกในการเดินทางช่วยให้ผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลมีความมั่นใจในการเดินทางทุกครั้ง สำหรับหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุมีระดับของภาวะสุขภาพที่ต่ำกว่า คือ หมู่ 1 ซึ่งมีที่ตั้งของหมู่บ้านใกล้ถนนใหญ่ บ้านเรือนอยู่ใกล้ชิดกันมาก เดินทางไปมาหากันได้สะดวกและรวดเร็ว และใกล้โรงพยาบาลมากที่สุด จึงทำให้สามารถเดินทางไปรับการรักษา ได้รับข้อมูลข่าวสารรวดเร็ว และร่วมกิจกรรมต่างได้สะดวก ซึ่งจะส่งผลไปสู่การควบคุมโรคได้ดีด้วย

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพียง 2 ด้านที่มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ คือ ด้านอดิเรกและอุบัติเหตุ โดยผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมด้านอดิเรก คือ ใช้เวลาว่าง

ให้เกิดประโยชน์ และมีการทำกิจกรรมไม่อยู่เฉยจะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่เฉย ๆ ไม่ทำกิจกรรม สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) (จันทนา รณฤทธิชัย, 2548) ที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน และการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ (self - concept) ดี ส่วนด้านอุบัติเหตุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในเชิงลบ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีการระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุมาก กลับมีระดับของภาวะสุขภาพลดลง และในทางตรงกันข้าม เมื่อผู้สูงอายุมีการระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุบ่อย กลับมีระดับของภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะข้อคำถามในเรื่องอุบัติเหตุ ไม่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีมัก ยังเดินทางออกจากบ้านตามปกติ โดยคิดว่าไม่จำเป็นต้องระมัดระวังตัวมากนัก ไม่ต้องมีคนช่วยเหลือดูแลและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การพักอาศัยในบ้านไม่ได้ปรับเปลี่ยนจากชั้นบนลงมาชั้นล่างหรือทำห้องน้ำให้อยู่ชั้นเดียวกับห้องนอน รวมทั้งยังขับ - ขับรถด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีจะมีพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุมากกว่า เนื่องจากมีภาวะสุขภาพไม่ดีอยู่แล้ว อาจเคยประสบอุบัติเหตุ และบางคนเกิดปัญหาการเคลื่อนไหว จึงมีความระมัดระวังมากกว่า

เมื่อแยกวิเคราะห์รายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถพยากรณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีพันครบ 20 ซึ่ง ด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตรภาพ และด้านสุขภาพจิต อภิปรายได้ ดังนี้

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอดีตเรกมีความ สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีพันครบ 20 ซึ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุยังดำเนินชีวิตตามทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) (จันทนา รณฤทธิชัย, 2548) ที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน และการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ (self - concept) ดี นอกจากนี้ยังอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ซึ่งทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดย ฮาวิกเฮิร์ท (Havighurst) และคณะในปี ค.ศ. 1968 (จันทนา รณฤทธิชัย, 2548) เป็นทฤษฎีที่สะท้อนให้เห็นปฏิกิริยาซับซ้อนของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลต่อสภาพแวดล้อมของสังคม โดยทั่วไปจะสะท้อนให้เห็นถึงอุปนิสัย การตัดสินใจ ความพึงพอใจ อารมณ์ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลมาจากวัยต้น ๆ ของชีวิต ทฤษฎีนี้จะคำนึงถึงบุคลิกภาพ การมีกิจกรรมและความพึงพอใจในชีวิต บางท่านเรียกทฤษฎีนี้ว่า ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) หรือทฤษฎีพัฒนาการ (Developmental theory) ผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตตามแนวทางทฤษฎีนี้ ย่อมให้ความสนใจในเรื่องภาพลักษณ์ และให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี และมีบุคลิกภาพดี จึงเชื่อได้ว่า จะให้ความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพให้มีพันครบ 20 ซึ่ง

3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้าน อติเรก อุบัติเหตุ และอนามัย (ช่องปาก) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ที่มีความแม่นยำในการทำนายร้อยละ 18.9 อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมอยู่เสมอ โดยดำเนินชีวิตตามทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) (จันทนา รณฤทธิ์ชัย, 2548) ที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม และส่วนใหญ่จะยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคน และการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ (self - concept) ดี จะทำให้มีสมรรถภาพร่างกายดี มีความคล่องตัว เคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างเต็มที่ และคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ในเชิงลบ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมด้านอุบัติเหตุดีจะมีภาวะสุขภาพในด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพไม่ดี และตรงกันข้ามคือผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมด้านอุบัติเหตุไม่ดี จะมีภาวะสุขภาพในด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพดี อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพในด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพในระดับดี จะตอบข้อคำถามในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุในลักษณะที่ไม่ต้องระมัดระวังตัว ไม่ต้องพึ่งพาใคร และยังคงขับซึ่รถเหมือนอย่างที่เคยปฏิบัติมา เนื่องจากคิดว่าตนเองยังคงทำทุกอย่างได้ จึงทำให้ความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงลบ สำหรับการรักษาสุขภาพอนามัย (ช่องปาก) เป็นตัวแปรที่สำคัญซึ่งทำให้เกิดผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากฟันเป็นอวัยวะหนึ่ง ที่สามารถอยู่คู่กับร่างกายเราได้ตลอดชีวิต ผู้สูงอายุที่มีฟันอยู่อย่างครบถ้วนย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากฟันทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ทำให้ง่ายต่อการดูดซึม ร่างกายจะสามารถนำสารอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายได้ดีทำให้สุขภาพดี และมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้เป็นอย่างดี จากการศึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับอนามัย (ช่องปาก) พบว่า มีพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาค้นคว้า ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน โดยทันตแพทย์ / ทันตอนามัย / ทันตภิบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเรื่องช่องปากและฟัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอติเรก อุบัติเหตุ ออกกำลังกาย และอนามัย (ช่องปาก) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต ที่มีความแม่นยำในการทำนาย ร้อยละ 16.0 อธิบายได้ว่า นับเป็นผลต่อเนื่องจากการที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านอติเรก อุบัติเหตุ และอนามัย (ช่องปาก) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ ซึ่งย่อมจะส่งผลถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ในทางลบ

กับการมีสุขภาพจิตดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวนาถ จารุพันธ์ และคณะ (2554) ซึ่งทำการวิจัยกึ่งทดลอง เรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองป่าบุญมีแบบประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพร่างกายผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย จากการศึกษารายละเอียดในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตดีมาก หลายคน มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับพอใช้ และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในภายหลังพบว่า ผู้สูงอายุหลายคน เลือกว่าไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะถือว่าได้ทำงานแล้ว เมื่อพิจารณาข้อคำถามอย่างถี่ถ้วน พอจะสรุปได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามว่า ออกกำลังกาย หรือ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวข้อต่อ หรือออกกำลังกายสิ่งที่พอใจและเป็นสุข เช่น ทำสวน งานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นต้น เป็นประจำหรือบ่อยแล้ว ก็จะไม่ตอบว่าได้ปฏิบัติข้อที่ถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 15 – 30 นาที ต่อวัน หรือ ครั้งละ 8 – 10 นาที วันละหลายครั้ง รวมทั้งวันไม่น้อยกว่า 30 นาที อีก ผลการศึกษาที่ได้ต้องยอมรับว่าอาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริง เนื่องจากข้อคำถามบางส่วนไม่เหมาะสม

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงวัยทั้งปัจจัยที่ส่งผลในเชิงบวกและเชิงลบ ปัจจัยเชิงลบบางประการเป็นปัจจัยที่ส่งผลร้ายต่อผู้สูงอายุในปัจจุบัน และอาจส่งผลไปถึงผู้ที่กำลังจะเป็นผู้สูงอายุนั้นใหม่ เนื่องจากพบว่าบุคคลในครอบครัวของผู้สูงวัยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีแบบแผนในการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมบริโภคใกล้เคียงกัน ได้แก่ ปัจจัยในเรื่องการรับประทานอาหาร ที่มีรสเค็ม ไขมัน และขนมหวาน นอกจากนี้ยังพบว่า มีพฤติกรรมด้านอนามัย (ช่องปาก) คือ การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน โดยทันตแพทย์ / ทันตอนามัย / ทันตภิบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเรื่องช่องปากและฟัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจฟันผู้สูงอายุก่อนหน้าพบว่า มีฟันครบ 20 ซี่ เพียง 78 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 เท่านั้น นับว่าเป็นปัญหาที่ต้องนำไปวางแผนช่วยเหลือต่อไป ส่วนปัจจัยด้านบวกที่อยู่ในระดับดีมากมี 2 ด้าน คือ ด้านอากาศ และด้านอุจจาระ เนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมในชุมชนเอื้ออำนวยและสุขนิสัยของผู้สูงอายุเอง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้คงสภาพ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้คณะผู้วิจัยทราบถึงวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพที่แท้จริงและสภาพปัญหาที่น่าสนใจหลายประการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้ในหลายกรณี คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1.1 การนำไปใช้ประโยชน์ในการบริการวิชาการ เนื่องจากตำบลโคกโคเฒ่าเป็นที่ตั้งของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุในพื้นที่นี้ถือเป็นความรับผิดชอบส่วนหนึ่งของสถาบัน มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต นำโดยคณะพยาบาลศาสตร์ ควรถือเป็นโอกาสอันสมควรในการดำเนินกิจกรรมการบริการวิชาการร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านที่ติอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น และดูแลแก้ไขพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพให้ลดลงหรือหมดไป เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีมีความสุข

1.2 การนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอน ควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลฝึกประสบการณ์ทางคลินิกในพื้นที่ตำบลโคกโคเฒ่า เพื่อให้นักศึกษาได้รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตพึงมีต่อประชากรในตำบลนี้ และเพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ปัญหาสุขภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขตามสถานการณ์

1.3 การนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเสนอต่อประชาคม ตำบลโคกโคเฒ่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเฒ่า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนขุนราม เพื่อวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพร่วมกับบ่ออย่างเหมาะสมต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ และ ระดับไม่ดี ถึง ระดับไม่ตัวอย่างมาก รวมจำนวน 93 คน ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้และระดับที่ต้องแก้ไข ซึ่งส่วนหนึ่งคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีข้อเสื่อม หัวใจขาดเลือด และอัมพฤกษ์ / อัมพาต ไม่สามารถเดินทางออกจากบ้านด้วยตนเองได้ โดยลำพัง อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรร่วมรับผิดชอบและร่วมมือกันดูแล โดยการประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับผิดชอบในการเอื้ออำนวยให้มีการจัดการความรู้ ซึ่งจะทำได้ทราบถึงปัญหา ข้อเท็จจริงที่หลากหลาย ช่วยให้ได้แนวคิดและวิธีการในการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการเห็นชอบร่วมกัน เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ อันจะส่งผลไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องเวลาของคณะผู้วิจัยเอง ทำให้ไม่สามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนการใช้แบบสอบถามโดยนักศึกษาพยาบาลหรือคณะผู้วิจัยเองได้ ต้องให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีคุณลักษณะการรับรู้ วิธีการปฏิบัติงาน

รวมทั้งสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ที่ความแตกต่างกัน ซึ่งอาจทำให้การตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามธรรมชาติเท่าที่ควร ทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนไปบ้าง ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาประเด็นนี้ด้วย

2.2 การต่อยอดงานวิจัย

1) ควรดำเนินการวิจัยโดยการจัดแบ่งกลุ่มตัวแปรต้นกลุ่มที่ 3 คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง 10 อ. ซึ่งมีลักษณะเป็นตัวแปรเชื่อมโยง หรือตัวแปรสอดแทรก (Intervening Variable) เป็นกลุ่มย่อย และออกแบบการรวบรวมข้อมูลและการ วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเฉพาะด้านให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2) ควรดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและเกิดแรงจูงใจในแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องร่วมกัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*.

กรุงเทพฯ : เจ.เอส.การพิมพ์.

กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2551). การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคลวัยผู้สูงอายุแบบองค์รวม. ใน คณะอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ. เอกสารคำสอนวิชา *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย (Health Promotion and Illness Prevention)*.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)*.

งานทะเบียนราษฎร จังหวัดสุพรรณบุรี. (2553). *เอกสารรวบรวมงานทะเบียนราษฎร จังหวัดสุพรรณบุรี*. (รวบรวมเมื่อเดือนกุมภาพันธ์).

จินทนา รณฤทธิชัย และวีไลวรรณ ทองเจริญ. บรรณาธิการ. (2548). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.

ดาวิวรรณ์ เศรษฐีธรรม, กาญจนา นาถะพินธุ และวรรณภา อธิตะ. (2547). *งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นภาพร ชัยวรรณ. (2548). กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์* 21 (1) มีนาคม 2548. หน้า 1 - 24.

นโยบายและแผน, สำนัก. (2549). *สถานการณ์โรคเรื้อรัง ประจำปี 2544 - 2548 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บในพื้นที่สาธารณสุขเขต 8 และ 9 ปี 2548. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 145.*

บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

_____. (2543). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : คบไฟ.

_____. (2545). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

บุญศรี นุชเกต, ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา และคณะ. (บก.) (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2553). สุขภาพของผู้สูงอายุไทยกับสังคมเมือง. *วารสารพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 11 (1), หน้า 38.

_____. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ : ยูเนียน ศรีเอชเอ็น.

- ปรียารวรรณ สุตจํานงค์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2553). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร. *วารสารพญาวินิตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 11 (2), หน้า 17 – 21.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- มหิตล, มหาวิทยาลัย. (2553). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. *ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2553 จาก <http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/tecic/index.php/for-elderly/policy>
- _____. (2553). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. *สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2553 จาก www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/ และ www.ipsr.mahidol.ac.th PublicationGazette.
- มุกิตา พันภัยพาล, สมพร เตรียมชัยศรี และ ไพลีน นุกุลกิจ (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จด้านสุขภาพองค์รวมในผู้สูงอายุชาวไทย. *วารสารพญาวินิตวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 3 (4), หน้า 3 - 19.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ : ที่ คิวพี จำกัด.
- รจนา เวชกามา. (2548). *งานวิจัยเรื่อง “การวิจัยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ”*. นำเสนอผลงานทางวิชาการ ในการประชุมวิชาการประจำปีกระทรวง สาธารณสุข ครั้งที่ 13 ประจำปี 2548. สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2554 จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/10care/topic010.php>
- ระพีพรรณ คาหอม และคณะ. (2547). *งานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท”* สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- ลินจง โปธิบาล. (2550). *ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน บุษยศรี นุชเกต, ปาสีรัตน์ พรทวีกันทา และ คณะ. (บก.) (2550). การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.
- วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- วิจัยประชากรและสังคม, สถาบัน. *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2554*. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 20 (มกราคม).

- วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟโล. (ม.ป.ป.). *แนวโน้มทางประชากร*. รายงานจากวิทยาลัย
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค.54 จาก
www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/ageing/ageing
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม. (2550). *งานวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาทิน ตำบลวัดพริก
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. สืบค้นเมื่อ 25 ส.ค. 54 จาก
http://61.19.22.215/manage/Research_pic/hp_ae.
- วันดี โภคกุล และ สิริธร ฉันทศิริกาญจน. (2548). *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (การดูแลรักษาโรค
ผู้สูงอายุสำหรับแพทย์) ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ.
- เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, สถาบัน. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลผู้สูงอายุ
แบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
_____. (2550). *โครงการวิจัย เรื่อง การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย*.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
_____. (2551). *โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง
ด้านสุขภาพในชุมชน*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
_____. (ม.ป.ป.). *การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 7 ต.ค. 52 จาก
<http://www.agingthai.org/page/668>
- เวธกา กลิ่นชีวิต. (2550). *งานวิจัยเรื่อง “มุ่งส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจากวิทยาศาสตร์พื้นฐาน
สู่การปฏิบัติ”*. เอกสารการประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ วันที่ 9 – 12
เมษายน 2550. กรุงเทพฯ.
- ศิริพันธ์ุ สาสัติย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*.
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : แอคทีฟ พรินท์.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ชเนตตี มิลินทางกูร (2551). *ทำไมสังคมไทยจึงต้องให้ความสนใจเรื่อง “ผู้สูงอายุ”*.
สืบค้นเมื่อ 6 มี.ค. 54 จาก www.cps.chula.ac.th/research_division/./ageing
- ศิวารถ จารุพันธ์ และคณะ. (2554). *ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายไร้พลงบำบัดผู้มี
แบบประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกาย
ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก, *รายงานการติดตามการสำรวจข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ในเขต
ภาคตะวันออก (เด็กด้อยโอกาส คนพิการ ผู้สูงอายุ สตรี กลุ่มเสี่ยง)*. ระยอง : ศูนย์การศึกษา
นอกโรงเรียนภาคตะวันออก, 2543.

- สาธารณสุข, กระทรวง. ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (ม.ป.ป.)
การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2553 จาก
<http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/10care/topic010.php>
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ
 ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย (ม.ป.ป.). *มาตรฐานผู้สูงอายุ
 มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์*. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2552 จาก
<http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic003.php>
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). แนวทางการจัดการบริการเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,
 จรินทร์ มาลฮอตตรา และ วิสุทธิ เตชะวิบูลย์ศักดิ์. (บรรณาธิการ). *การอบรมและการประชุม
 วิชาการด้านสุขภาพผู้สูงอายุและความชรา*. (หน้า 219 - 225). กรุงเทพฯ : ปี.ปี.การพิมพ์
 และบรรจุกิจ. 146.
- _____. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์
 การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- _____. (2554). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
 แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548 - 2550*. กรุงเทพฯ :
 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และ มาลี สันติศิริศักดิ์. (2553). การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผล
 ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารกองการพยาบาล*. 37 (2),
 หน้า 64 - 74.
- สำนักงาน, คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ). *แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8
 (พ.ศ. 2540 - 2544)*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550*.
- พุพิยา โอซารส, ผุสดี ธรรมานวัตร, อมรัตน์ สัทธาธรรมรักษ์, กฤษณา ตรียมณีรัตน์ และภาณี
 พลากรกุล. (2550). รายงานการวิจัย เรื่อง “สถานการณ์บริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่ม
 เปราะบางในประเทศไทย” ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สถาบันศาสตร์
 ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 148
- อรรรรณ แพนคง. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

- Berman, Audrey and others. (2008). *Kozier & Erb's Fundamental of Nursing : Concepts, Process and Practice*. (8 thed). Upper Saddle River.New Jersey : Pearson, Pentrice Hall.
- Ebersole, P., Hess, P.T., & Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing Healthy Aging*. (2nded). St.louis : Mosby
- Eckman, Magaret. (Editor). (2011). *Lippincott's Guide to Expert Elder Care*. Philadelphia : Wolter Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Eliopoulos, Charlotte. (2010). *Gerontological Nursing*. (7thed). Philadelphia : WolterKluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, Carol A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults*. (5 thed). Philadelphia : Wolter Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. 147
- World Health Organization. (2011). *10 facts on ageing and the life course*. ค้นเมื่อ 5 ธ.ค. 54 จาก <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/index.html>
- World Health Organization. (2011) . *Elder maltreatment*. ค้นเมื่อ 5 ธ.ค. 54 จาก <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/index.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม



ที่ ศอ ๐๕๖๖.๑๔/๑๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
๒๐๔/๓ ถ.สีรินธร
เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารวิจัยบทที่ ๑ - ๓ และแบบสอบถามการวิจัย

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ได้ทำโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งโครงการนี้เป็น ๑ ใน ๘ โครงการ ภายใต้แผนงานวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต เรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ศักยภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี” และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ โดยมี นาวาอากาศเอกหญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ เป็นหัวหน้าโครงการ

คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และเชี่ยวชาญอย่างมาก ในด้านการวิจัยและด้านภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เบ็ญจา เตากล้า)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ ศธ ๐๕๖๖.๑๔/ ๑๕๓



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
๒๐๔/๓ ถ.สีรินธร
เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถือการุณย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารวิจัยบทยที่ ๑ - ๓ และแบบสอบถามการวิจัย

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ได้ทำโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งโครงการนี้เป็น ๑ ใน ๘ โครงการ ภายใต้แผนงานวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต เรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ศักยภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี” และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ โดยมี นาวาอากาศเอกหญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ เป็นหัวหน้าโครงการ

คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ ทองประทีป เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และเชี่ยวชาญอย่างมาก ในด้านการวิจัยและด้านภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ รองศาสตราจารย์ ดร.ทศนีย์ ทองประทีป เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เบ็ญจา เดากล้า)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

โทร. ๐ ๒๔๒๓ ๔๔๖๐, ๔๔๖๓ โทรสาร ๐ ๒๔๒๓ ๔๔๖๖

ผู้ประสาน : อาจารย์ สมจิต นีปัทพัตถพงษ์ โทร. ๐๘ ๗๗๐๒ ๖๗๕๔

น.อ.หญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ โทร.๐๘ ๔๖๕๓ ๗๗๕๖

ที่ ศธ ๐๕๖๖.๑๔/ ๑๕๕



คณะกรรมการศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
๒๐๔/๓ ถ.สีรินธร
เขตบางพลัด กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารวิจัยบทที่ ๑ - ๓ และแบบสอบถามการวิจัย

ด้วยคณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ได้ทำโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งโครงการนี้เป็น ๑ ใน ๘ โครงการ ภายใต้แผนงานวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต เรื่อง “การเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ศักยภาพชุมชนในพื้นที่ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี” และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ โดยมี นาวาอากาศเอกหญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ เป็นหัวหน้าโครงการ

คณะกรรมการศาสตร์ พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาว ญาดารัตน์ บาลจ่าย เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ และเชี่ยวชาญ ในด้านภาวะสุขภาพและการพยาบาลผู้สูงอายุ จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ นางสาว ญาดารัตน์ บาลจ่าย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จะขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.เบญญา เตากล้า)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

โทร. ๐ ๒๔๒๓ ๕๔๖๐, ๕๕๗๓ โทรสาร ๐ ๒๔๒๓ ๕๔๖๖

ผู้ประสาน : อาจารย์ สมจิต นีพิทหัตถพงศ์ ๐๘ ๗๗๐๒ ๖๗๕๕

น.อ.หญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ โทร.๐๘ ๕๖๕๓ ๗๗๕๖

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

คำชี้แจง ตอนที่ 1 และ 2 กรุณาใส่เครื่องหมาย √ ใน () และ ...หน้าข้อความที่ตรงกับ
คำตอบของท่าน

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

1. อายุปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด
() หม้าย เลิกร้าง หย่า คู่เสียชีวิต
() คู่ แยกกันอยู่ ... ความสัมพันธ์ดี ... ความสัมพันธ์ไม่ดี
 อยู่ด้วยกัน ... ความสัมพันธ์ดี ... ความสัมพันธ์ไม่ดี
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ปวช. () ปวส./อนุปริญญา () ปริญญาตรีขึ้นไป
5. ความสามารถในการอ่านเขียน
() อ่าน/เขียนได้ () อ่านได้/เขียนไม่ได้ () อ่าน/เขียนไม่ได้
6. การงาน/อาชีพที่ทำให้เกิดรายได้ () ไม่มี () มี ระบุ.....
7. รายได้ () ไม่มีรายได้ () ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ
() มีรายได้รวม.....บาท ต่อเดือน หรือต่อปี
มีรายได้จาก เบี้ยยังชีพ บุตรหลาน ทำงาน
 บำนาญ อื่น ๆ ระบุ.....
() พอเพียงเหลือเก็บ () พอเพียงไม่เหลือเก็บ () ไม่พอเพียง

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ

8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() อยู่คนเดียว () คู่สมรส () บุตร/หลาน ()ญาติ/พี่น้อง
() เพื่อน () อื่น ๆ ระบุ.....
9. ท่านมีผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ หรือไม่
() ไม่มี (ถ้าตอบข้อนี้ ไม่ต้องตอบข้อ 10)
() มี ระบุผู้ดูแล.....และตอบข้อ 10

10. ท่านคิดว่าผู้ดูแลช่วยเหลือที่ตอบในข้อ 9 ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างไร
 () ดูแลช่วยเหลือดีทุกครั้งที่ต้องการ () ดูแลช่วยเหลือดีเป็นบางครั้ง
11. ท่านใช้แหล่งบริการสุขภาพในหมู่บ้านเมื่อจำเป็นหรือเจ็บป่วย หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () ใช้ทุกครั้ง () ใช้เป็นบางครั้ง () ไม่ใช้เลย เหตุผล.....
 () ใช้บริการที่อื่น ระบุแหล่งบริการ.....เหตุผล.....
12. ท่านได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาพจากผู้นำในหมู่บ้านหรือผู้แทน หรือไม่
 () ได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ
 () ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง
 () ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย
13. ท่านคิดว่าสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านสะอาดและปลอดภัยต่อการดูแลสุขภาพหรือไม่
 13.1 ความสะอาด () สะอาด () ไม่สะอาด ระบุ.....
 13.2 ความปลอดภัย () ปลอดภัย () ไม่ปลอดภัย ระบุ.....
-

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 10 อ.

คำชี้แจง กรุณาใส่ ✓ ในช่องตารางที่ตรงกับการปฏิบัติตัวของท่านในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้นโดยไม่ละเว้นเลยในแต่ละสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้น 5 - 6 วันในแต่ละสัปดาห์ หรือปฏิบัติเกือบทุกครั้งที่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้น 3 - 4 วันในแต่ละสัปดาห์ หรือเมื่อมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ท่านมีโอกาที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเท่า ๆ กัน
- ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติสิ่งนั้น 1 - 2 วันในแต่ละสัปดาห์ หรือปฏิบัติน้อยมากเมื่อมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น
- ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติสิ่งนั้นเลยในแต่ละสัปดาห์ หรือเมื่อมีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น

พฤติกรรม	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. อาหาร					
1.1 ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไขมัน แป้ง - น้ำตาล และ ผัก - ผลไม้					
1.2 ท่านเคี้ยวอาหารอย่างละเอียด (ถ้าไม่มีฟันใช้เหงือกบดจนละเอียด)					
1.3 ท่านใช้เวลาสำหรับการรับประทานอาหารเพียงพอ/ไม่รีบร้อน					
1.4 ท่านรับประทานอาหารปริมาณที่อิ่มพอดีในแต่ละมื้อ					
1.5 ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว					
1.6 ท่านดื่มนมพร่องมันเนย/นมถั่วเหลือง/น้ำเต้าหู้อย่างน้อยวันละ 1 แก้ว					
1.7 ท่านรับประทานอาหารเช้ากะทิ และ/หรือ อาหารไขมันสูง					
1.8 ท่านรับประทานอาหารที่สะอาด					
1.9 ท่านรับประทานอาหารรสเค็มหรือมักเติมน้ำปลา/ซอสปรุงรส					
1.10 ท่านรับประทานเนื้อปลา					

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติเลย
1.11 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
1.12 ท่านรับประทานขนมหวานปริมาณมาก					
1.13 ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาในแต่ละมื้อ					
2. อากาศ					
2.1 ท่านอยู่ในที่อากาศระบายถ่ายเทดี					
2.2 ท่านหลีกเลี่ยงจาก ควันพิษ / ควันบุหรี่ / ฝุ่นละออง					
2.3 ท่านสูบบุหรี่ ยาเส้น - ยาสูบ ไปป์					
3. ออกกำลังกาย					
3.1 ท่านออกกำลังกาย หรือ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเคลื่อนไหวข้อต่อ หรือ ออกกำลังกายที่พอใจและเป็นสุข เช่น ทำสวน งานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นต้น					
3.2 ท่านออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 15 - 30 นาที ต่อวัน หรือ ครั้งละ 8 - 10 นาที วันละหลายครั้ง รวมทั้งวันไม่น้อยกว่า 30 นาที					
3.3 ท่านออกกำลังกายโดยวิธีที่ต้องลงน้ำหนักข้อเท้า/ข้อเข่ามาก ๆ เช่น วิ่งเร็ว กระโดดเชือก เล่นฟุตบอล เล่นแบดมินตัน เป็นต้น					
4. อุจจาระ					
4.1 ท่านขับถ่ายอุจจาระ (ถ่ายอุจจาระทุก.....วัน)					
4.2 ท่านให้ความสำคัญและให้เวลาสำหรับการถ่ายอุจจาระเสมอในแต่ละวัน					
4.3 ท่านต้องรับประทานยาระบายหรือยาถ่าย					
5. อนามัย (ช่องปาก)					
5.1 - ท่านทำความสะอาดฟัน/ทำความสะอาดช่องปาก (ผู้ที่ไม่มีฟัน) อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ตื่นนอนเช้าและก่อนนอน) - ท่านที่มีฟันปลอมชนิดถอดได้ ถอดทำความสะอาดและแช่น้ำ ก่อนนอน					
5.2 ท่านทำความสะอาดลิ้น อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					
5.3 ท่านบ้วนปากทุกครั้งหลังอาหาร					
5.4 ท่านตรวจช่องปาก ฟัน และเหงือกด้วยตัวเองทุกวัน					
5.5 ท่านตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน โดยทันตแพทย์/ทันตอนามัย/ทันตภิบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเรื่องช่องปากและฟัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					

พฤติกรรม	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติเลย
6. อุบัติเหตุ					
6.1 ท่านป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุโดยระมัดระวังขณะเคลื่อนไหว					
6.2 ท่านมีผู้ช่วยเหลือดูแลและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ					
6.3 ท่านขับ-ขี่รถด้วยตนเอง					
6.4 ท่านนอนชั้นล่างของบ้านหรือห้องนอนอยู่ชั้นเดียวกับห้องน้ำ					
7. อารมณ์					
7.1 ท่านมีอาการซึมและยิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เสมอ					
7.2 ท่านคิดให้อภัยผู้อื่นเสมอ ไม่เกลียด ไม่โกรธ ไม่โทษใคร					
7.3 เมื่อไม่สบายใจท่านจะหาเพื่อนคุยระบายความรู้สึก หรือผ่อนคลายโดยการทำสิ่งที่ชอบ เช่น ทำสมาธิ ไหว้พระ เทียว ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เป็นต้น					
7.4 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเผชิญ และพยายามหาสาเหตุพร้อมกับหาทางแก้ไขปัญหานั้น					
7.5 เมื่อมีความทุกข์ใจท่านมักครุ่นคิดอยู่คนเดียวไม่ปรึกษาใคร					
8. อติเรก					
8.1 เมื่อมีเวลาว่าง ท่านมักทำสิ่งที่ เป็นประโยชน์ เช่น ช่วยเหลือชุมชน ทำงานหารายได้เสริม ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำสวน อ่านหนังสือ เป็นต้น					
8.2 ท่านมักอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไรเลย					
9. อบอุ่น					
9.1 ท่านพบปะพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว/เพื่อนบ้าน					
9.2 ท่านและบุคคลในครอบครัวต่างก็ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน					
9.3 ท่านได้พูดคุย/ร่วมกิจกรรม/ประชุม/พบปะกับเพื่อนหรือสมาชิกในหมู่บ้าน					
9.4 ท่านและเพื่อนบ้านต่างก็ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน					
9.5 ท่านให้คำปรึกษาและร่วมตัดสินใจในเรื่องสำคัญของครอบครัว/ชุมชน					
9.6 ท่านได้มีโอกาสอยู่กับบุตรหลานที่อยู่ห่างไกลกัน ในวันสำคัญหรือเทศกาลต่าง ๆ เช่น วันเกิด สงกรานต์ ปีใหม่ ตรุษจีน คริสมาสต์ เป็นต้น					
10. อนาคต					
10.1 ท่านเตรียมพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต					
10.2 ท่านศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม					
10.3 ท่านวางแผนสำหรับชีวิตในอนาคตของตนเองและครอบครัว					

แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

การวิจัย : ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

การประเมินภาวะสุขภาพ

๑. สุขภาพร่างกาย

๑.๑ สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย.....°ซ. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

ชีพจร....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที

๑.๒ ระดับน้ำตาลในเลือด.....มก./ดล. (ก่อนอาหาร....ชม. หลังอาหาร....ชม.)

๑.๓ น้ำหนักตัว.....กก. ส่วนสูง.....ชม. ดัชนีมวลกาย.....กก/ม²

(ด้านที่ 1.....คะแนน)

๑.๔ เส้นรอบเอว.....ชม.

๑.๕ มีฟันถาวรใช้งานได้ ซี่

(ด้านที่ 2.....คะแนน)

๑.๖ สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ มีเกณฑ์ดังนี้

.....สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ทุกอย่าง

.....สามารถเดินทางไปนอกบ้านด้วยตนเองตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง

.....สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

(ด้านที่ 3.....คะแนน)

๒. สุขภาพจิต

.....เข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและหรือ/เพื่อนบ้านเป็นประจำ

.....ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิต หรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

.....รู้สึกว่ามีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)

.....รู้สึกว่าตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

(ด้านที่ 4.....คะแนน)

๓. โรคประจำตัวและการควบคุม

() ไม่มีโรคประจำตัว

() มีโรคประจำตัว ระบุทุกโรคที่เป็น.... (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมองอุดตัน/อัมพฤกษ์/

อัมพาต หัวใจขาดเลือด ข้อเสื่อม มะเร็ง วัณโรค โรคอื่น ๆ)

๑. ชื่อโรค..... ระยะเวลาที่เป็น ปี

การรักษา ...ไม่ได้รักษา หรือ ...รักษาไม่ต่อเนื่อง ระบุเหตุผล.....

...รักษาต่อเนื่อง โดยวิธี.....

อาการในรอบ 6-12 เดือน...ควบคุมอาการได้ ...ควบคุมอาการไม่ได้ ระบุอาการ.....

๒. ชื่อโรค..... ระยะเวลาที่เป็น ปี

การรักษา...ไม่ได้รักษา หรือ ...รักษาไม่ต่อเนื่อง ระบุเหตุผล.....

...รักษาต่อเนื่อง โดยวิธี..... ฯลฯ

(ด้านที่ 5.....คะแนน)

รวม.....คะแนน

แบบประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)
โดยใช้ ดัชนีบาร์เทล (Barthel's Index)

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความเป็นจริง

1. การรับประทานอาหาร (2 คะแนน)

- (0) ตักเองไม่ได้ ต้องป้อนให้หรือต้องให้อาหารทางสายให้อาหารหรืออาหารทางหลอดเลือดดำ
- (1) ต้องช่วยเหลือ เช่น ตักอาหารเป็นชิ้น เป็นต้น
- (2) ตักอาหารรับประทานได้เอง

2. การแต่งตัว : ล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม ฯลฯ (1 คะแนน)

- (0) ต้องการความช่วยเหลือ
- (1) ทำได้เอง (รวมถึงทำตัวเอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียง ไปนั่งที่เก้าอี้หรือที่นั่ง (3 คะแนน)

- (0) ลุกนั่งเองไม่ได้ (นั่งแล้วจะล้ม ใช้คนช่วยพยุงนั่ง 2 คน)
- (1) ต้องการคนช่วยเหลือพยุงนั่ง 1-2 คน จึงจะนั่งอยู่ได้
- (2) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง /ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- (3) ทำได้เอง

4. การใช้ห้องสุขา (2 คะแนน)

- (0) ช่วยตัวเองไม่ได้
- (1) ช่วยตัวเองได้บ้าง แต่ต้องการความช่วยเหลือบางอย่าง
- (2) ช่วยตัวเองในการเข้าใช้ห้องสุขาได้ดี ทำความสะอาด แต่งกาย และออกจากห้องได้เองหรือใช้หมอนอนได้เอง

5. การขึ้น - ลงบันได 1 ชั้น (2 คะแนน)

- (0) ทำไม่ได้
- (1) ต้องการคนช่วย (บอก พยุง)
- (2) ขึ้น - ลงได้เอง (มีเครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้เอง)

6. การสวมใส่เสื้อผ้า (2 คะแนน)

- (0) ใส่เองไม่ได้ต้องมีคนสวมใส่ให้
- (1) พอใส่เองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องการคนช่วย
- (2) ใส่ได้เอง (ติดกระดุม รูดซิป รวมทั้งใส่เสื้อผ้าดัดแปลงให้เหมาะสมได้)

7. การอาบน้ำ (1 คะแนน)

- (0) ต้องการคนช่วยหรือทำให้
- (1) อาบน้ำได้เอง

8. การเดินในบ้าน / ห้อง (3 คะแนน)

- (0) ไม่สามารถเดินไปไหนได้
- (1) ใช้รถเข็นจัดการเองได้ และเข้ามุมห้อง ออกประตูได้
- (2) เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง หรือต้องสนใจเพื่อความปลอดภัย
- (3) เดินได้เอง

9. การกลั้นอุจจาระ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) (2 คะแนน)

- (0) กลั้นไม่ได้หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- (1) กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- (2) กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะ (ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) (2 คะแนน)

- (0) กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ
- (1) กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- (2) กลั้นได้เป็นปกติ

ผลการประเมิน รวมคะแนนที่ได้ =คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)
 คะแนนที่ได้ หาดด้วย 2 =คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

การประเมินด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การวิจัย : ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการประเมิน

1. ประเมินโดยใช้ข้อคำถามแบบรวม แล้วนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อ
2. บางกรณีอาจถามโดยมุ่งประเด็นตามหัวข้อที่ต้องการเลยก็ได้

ตัวอย่างคำถาม เช่น

เกณฑ์ที่ 1การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและ/หรือเพื่อนบ้านเป็นประจำ

“ในช่วงนี้ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านบ้างไหมคะ เช่น งานบุญต่าง ๆ หรือไปร่วมประชุมกับทาง อบต. บ้างไหม”

“ที่บ้านมีการจัดกิจกรรมสังสรรค์กันบ้างไหมคะ เช่น งานวันเกิด หรือทำบุญบ้าน แล้วคุณลุง (คุณป้า) ได้มีส่วนช่วยอะไรบ้างไหมคะ เช่น ทำกับข้าว ช่วยเรื่องเงินทอง หรือลูกหลานจัดงานให้คุณลุง (คุณป้า) ได้สนุกสนานผ่อนคลาย”

“มีเพื่อนบ้านมาชวนออกไปเที่ยวบ้างไหมคะ เช่น ไปทำบุญ ไปเที่ยวทัวร์ธรรมะ หรือมีการรวมกลุ่มกันระหว่างเพื่อนบ้านไปเยี่ยมบ้านเพื่อหรือไปมาหาสู่กัน พูดคุยปรับทุกข์กันบ้างไหมคะ”

เกณฑ์ที่ 2ไม่มีหรือมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตที่ไม่ต้องปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“เคยรู้สึกเครียด หรือมีเหตุการณ์ให้เครียดมาก ๆ จนต้องไปปรึกษาหมอมหรือไปหาหมออนามัยไหมคะ”

“ปกติเวลาเครียด หรือไม่สบายใจมาก ๆ ทำยังไงคะ ได้ไปปรึกษาใคร หรือมีใครที่เราคอยไปปรึกษาบ่อย ๆ ไหมคะ”

“เวลาเครียดหรือโกรธ มีอะไรเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเราไว้ ให้อารมณ์สงบลงไหมคะ”

เกณฑ์ที่ 3รู้สึกที่ตนเองมีค่า (รู้ด้วยตัวเอง)

“ทุกวันนี้อยู่ที่บ้านทำอะไรบ้างคะ เช่น ทำกับข้าวให้คนในครอบครัว เลี้ยงหลาน ช่วยขายของหน้าบ้าน ไปสวน แล้วรู้สึกเหนื่อยหรือเบื่อบ้างไหมคะ”

“ลูกหลานเคยบอกไหมคะว่า ไม่ต้องทำหรอก งานบ้านหรืองานในสวน ขอให้คุณลุง (คุณป้า) พักผ่อนเถอะ อยู่เฉย ๆ ก็พอแล้ว เดี่ยวลูกหลานเป็นฝ่ายหาเลี้ยงเอง”

“รู้สึกอย่างไรคะ เวลาที่ลูกหลานบอกให้อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ต้องทำอะไร”

“รู้สึกอย่างไรคะ เมื่อลูกหลานบอกว่า ขอให้คุณลุง (คุณป้า) ช่วยดูแลหลานให้หน่อย อยู่ดูแลบ้านให้ด้วยนะ ถ้าไม่มีเราพวกเขาคงลำบากมาก”

เกณฑ์ที่ 4รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง

“มีใครอยู่ที่บ้านบ้างคะ (ถ้าผู้สูงอายุบอกว่าอยู่คนเดียว) ก็อาจถามต่อว่าแล้วมีลูกหลานหรือใครมาเยี่ยมบ้างไหม มากันบ่อยไหม”

“การที่นาน ๆ ที่ลูกหลานถึงจะมาเยี่ยม คุณลุง (คุณป้า) เคยรู้สึกเหงาบ้างไหมคะ เคยคิดบ้างไหมคะว่าเราถูกทอดทิ้ง”

“ลูกหลานอยู่ไกล ๆ กันนี่ เคยโทรศัพท์มาหา พูดคุยกันบ้างไหมคะ หรือ เขาได้ช่วยเหลืออะไรคุณลุง (คุณป้า) บ้างไหมคะ”

เป็นต้น

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
ในตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

1. อายุ.....ปี บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... เพศ () หญิง () ชาย
2. สถานภาพสมรส () โสด
() หม้าย เลิกร้าง หย่า คู่เสียชีวิต
() คู่ แยกกันอยู่ ความสัมพันธ์ดี ความสัมพันธ์ไม่ดี
 อยู่ด้วยกัน ความสัมพันธ์ดี ความสัมพันธ์ไม่ดี
3. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() ปวช. () ปวส./อนุปริญญา () ปริญญาตรีขึ้นไป
4. ความสามารถในการอ่านเขียน
() อ่าน/เขียนได้ () อ่านได้/เขียนไม่ได้ () อ่าน/เขียนไม่ได้
5. ตัวอย่างคำถาม
 - 5.1 การที่ท่าน (คุณลุง/คุณป้า/คุณตา/คุณยาย) มีสุขภาพดีมาจนถึงทุกวันนี้ ท่านมีหลักและวิธีการปฏิบัติตัวอย่างไร
 - 5.2 ท่าน (คุณลุง/คุณป้า/คุณตา/คุณยาย) คิดว่ามีเหตุหรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ท่านมีสุขภาพดีอยู่ที่เป็นอยู่ทุกวันนี้
 - 5.3 สิ่งสำคัญที่ทำให้ท่าน (คุณลุง/คุณป้า/คุณตา/คุณยาย) มีสุขภาพดี คืออะไร
 - 5.4 ท่าน (คุณลุง/คุณป้า/คุณตา/คุณยาย) มีความคิด ความเชื่อ และแนวทางการปฏิบัติตัวอย่างไร จึงทำให้มีสุขภาพดีมาจนถึงทุกวันนี้

(แนวทางคำตอบที่ควรได้รับ ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกิดจากตัวท่านเอง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน ปัจจัยที่เกิดจากบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม)

ประวัติคณะผู้วิจัย

1. หัวหน้าโครงการ

ชื่อ - นามสกุล	นาวาอากาศเอกหญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
ชื่อหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2531 วท.ม.สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นักวิจัยในโครงการ มี 5 คน ได้แก่

2.1	ชื่อ - นามสกุล	นางสมจิต นิปัทธัตถพงษ์
	ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
	ชื่อหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
	ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2547 พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา
2.2	ชื่อ - นามสกุล	นางศิริพร นันทเสนีย์
	ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
	ชื่อหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
	ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2541 คม. (สุขศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2.3	ชื่อ - นามสกุล	นางสาวเพลินตา พิพัฒน์สมบัติ
	ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
	ชื่อหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
	ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 วท.ม. (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2.4	ชื่อ - นามสกุล	พลตรีหญิง เทียมใจ ศิริวัฒนกุล
	ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
	ชื่อหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
	ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2534 คม. (สุขศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2.5	ชื่อ - นามสกุล	นางจิราพร เกษรสุวรรณ
	ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
	ชื่อหน่วยงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
	ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2545 พย.ม (สาขาสุขาภพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล