



บทความปริทัศน์
(Review article)

ภาพสภาวะของผู้สูงอายุผ่านมุมมอง พฤติกรรมในชุมชนจังหวัดนครนายก

ดวงเดือน รัตนมงคลกุล¹ สมสมัย สังข์มณี² สุธีร์ รัตนมงคลกุล³ วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์¹ และสิริดาภัทร สุขฉวี¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมพล อ.องครักษ์ จ.นครนายก

³คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การเตรียมชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสภาวะของคนในพื้นที่ การสำรวจภาพสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผ่านมุมมองตามแนวคิดพฤติกรรม ศึกษา ในประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 195 คน ของพื้นที่ ตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 195 คน เป็นหญิง 59.0% และชาย 41.0% อายุ 60-94 ปี จากแนวคิดพฤติกรรม 3 เสาหลัก พบว่า *ด้านสุขภาพ* ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดี (ร้อยละ 43.6) พบปัญหาสุขภาพกายคือ ด้านการมองเห็น (ร้อยละ 62.1) ด้านความทรงจำ (ร้อยละ 48.7) ด้านการนอนหลับ (ร้อยละ 38.5) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 13.3) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 21.6) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 1.0 ที่ต้องการการพึ่งพาตั้งแต่ระดับมากถึงพึ่งพาทั้งหมด *ด้านการมีหลักประกันความมั่นคง* ร้อยละ 60.0 ของผู้สูงอายุยังมีคู่สมรสอยู่ด้วย บุตรมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการเป็นหลักประกันความมั่นคงของผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.4 ของผู้สูงอายุขาดหลักประกันทางการเงิน *ด้านการมีส่วนร่วม* พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางด้านศาสนา (ร้อยละ 65.6) รองลงมาเป็นกิจกรรมการพัฒนาชุมชน (ร้อยละ 55.9) โดยสรุป การวิเคราะห์ภาพสุขภาพทำให้เห็นว่าการเตรียมผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมภาวะพฤติกรรมจะต้องดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาในสามด้าน ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: ภาพสุขภาพ ภาวะ พฤติกรรม ผู้สูงอายุ ชุมชน

ผู้พิมพ์หลัก:

ดวงเดือน รัตนมงคลกุล

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

63 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120

อีเมล: duangduan23@gmail.com

Health profile of elderly people through active ageing framework in a community, Nakorn Nayok province

Duangduan Rattanamongkolgul¹, Somsamai Sungkamanee², Suthee Rattanamongkolgul³,
Wimonwan Lertwongpaopun¹, Sidapat Sukchawee¹

¹Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

²Choomphol Subdistrict Health Promoting Hospital, Ongkharak District, Nakorn Nayok Province

³Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

Abstract

Health status of people in a community should be inspected in order to entering an ageing society. A health profile survey is an important first step. This study aimed to determine the health profile of an elderly population by using the active ageing framework. The survey was conducted in residents aged 60 or more in the Choomphol subdistrict, Ongkharak, Nakhonnayok, Thailand. Volunteers were selected by a stratified random sampling technique. The health profile questionnaire was used for interviewing and data collecting. Among 195 participants, 59.0% were females and 41.0% were males, aged 60-94 years. According to active ageing framework *health dimension*, the first dimension – health condition- the results showed that 43.6% had health problems including visual problems (62.1%), memory loss (48.7%), sleeping problem (38.5%), depression (13.3%), dementia (21.6%). Their self dependency measured by Barthel ADL Index, the results indicated that 1.0% had no or little self dependence. In the second dimension *security dimension*, 60% were living with their spouse and their offspring played a major role in their living security and financial support. On the *participation dimension*, 65.6% engaged in religious practice and 55.9% engaged in community service. The presenting survey results emphasized further preparation for these 3 dimensions within the context of community.

Keywords: health profile, active ageing, older people, community

Corresponding author:

Duangduan Rattanamongkolgul

Department of Adult and Ageing Nursing,

Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

63 Moo 7 Rangsit-Nakornnayok Rd., Ongkharak, Nakorn Nayok, 26120 Thailand

E-mail: duangduan23@gmail.com

■ บทนำ

ประเทศไทยกำลังประสบกับสถานการณ์การเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing society) คือ การมีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลล่าสุดจากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่ามีประชากรสูงอายุ ถึง 9.6 ล้านคน หรือร้อยละ 14 และในปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 14 ล้านคน หรือร้อยละ 20^{1,2} นั่นคืออีก 6 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)

เมื่อสูงอายุขึ้นก็ต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกาย ปัญหาสุขภาพ เป็นโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว ยิ่งอายุมากขึ้นก็จะพบมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและพิการมากขึ้น ซึ่งต้องการการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว^{1,3,4} สถานการณ์สังคมสูงอายุนี้นี้ยังเกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวมีขนาดที่เล็กลง จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยลง แรงงานผู้หญิงเพิ่มขึ้น ทำให้ขาดแคลนผู้ดูแล และส่งผลให้เกิดความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น^{5,6} ผลกระทบที่ตามมา ก็คือ รัฐต้องใช้จ่ายเงินทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพิ่มการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มการจัดบริการทางด้านสุขภาพให้มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนครอบครัวและชุมชนก็ต้องเพิ่มระบบของการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน นั่นคือ รัฐบาล ชุมชนและครอบครัวจำเป็นต้องตอบสนองตามความต้องการนั้นๆ แบบตั้งรับ ทำให้เกิดเป็นมุมมองในเรื่องภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคม

ในภาวะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์สังคมสูงอายุ ควรปรับมุมมองต่อผู้สูงอายุ จากการเป็นภาระสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า ตามแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีพลัง หรือที่เรียกกันว่า “พลพัฒพลัง” หรือ “Active ageing” ซึ่งเป็นแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามไว้ว่าเป็น “the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age”⁷ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ได้ให้ความหมายว่าเป็น “กระบวนการที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่สุขภาพ การมีส่วนร่วม และหลักประกัน ในอันที่จะสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย”⁸ แนวคิดนี้จึงเหมาะที่จะใช้เป็นนโยบายของ

โลกในการรับมือกับสถานการณ์สังคมสูงอายุที่ทุกประเทศควรนำสู่การปฏิบัติ แนวคิดพลพัฒพลังประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และยังหมายความรวมถึง การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ ด้วยความเป็นอิสระ ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิและความต้องการของผู้สูงอายุ 2) การมีหลักประกันความมั่นคง (Security) หมายถึง การมีหลักประกัน ความมั่นคงปลอดภัย ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม การเงิน การเข้าถึงบริการที่จำเป็น การมีผู้ดูแลที่เหมาะสม ความมั่นคงในสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยตามความต้องการและสิทธิของผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมภายในครอบครัว ชุมชนและสังคม ทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ตามสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ศักยภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งที่ก่อให้เกิดรายได้และที่ก่อคุณประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงิน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทำคุณประโยชน์ต่อตนเอง ผู้อื่นและส่วนรวม^{7,9}

พื้นที่ตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก เป็นพื้นที่ในการบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และเป็นพื้นที่ที่มีประชากรส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 80 เป็นชาวไทยมุสลิม กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในสถานบริการและในชุมชน จากสถิติข้อมูลประชากรของพื้นที่นี้ พบว่าร้อยละ 14.8 ของประชากรทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งบ่งชี้ว่าชุมชนแห่งนี้ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุมาในระยะหนึ่งแล้ว และยังไม่มียุทธศาสตร์พื้นฐานที่แสดงถึงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ดังนั้น การศึกษาสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเลือกกรณีศึกษาในพื้นที่ตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก นี้ จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างรอบด้านและสมดูล ไม่มุ่งแก้ปัญหาเพียงมิติใดมิติหนึ่ง โครงการวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะสำรวจสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนี้เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการเตรียมชุมชนเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุอย่างเหมาะสม

■ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยผ่านมุมมองแนวคิดพหุพลัง (Active Ageing Framework)

■ วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจ (Descriptive cross-sectional survey) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2556 - เดือนพฤษภาคม 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุ คือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยในตำบลชุมพล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งมีทั้งหมด 8 หมู่บ้าน จำนวน 872 คน และกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แล้วสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและประชากรแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สูตรคำนวณ $n_0 = 1.96 \times 1.96 \times p \times (1-p) / d^{2.10}$ จากนั้นจึงคำนวณจำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการภายใต้จำนวนประชากร (n) = $n_0 \times N / (n_0 + N - 1)$ โดย n_0 = จำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณแบบไม่ทราบจำนวนประชากร และ N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดที่มี โดยกำหนดให้ค่าความซุกของตัวแปร (p) = 0.2 ค่าความคลาดเคลื่อน (d) = 0.05 โดยคิดจากสูตรที่ทราบจำนวนประชากรรวม 872 คน ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 192 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือประเมินภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ที่พัฒนาโดยรองศาสตราจารย์ ผ่องพรรณ อรุณแสง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹¹ ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) สุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ 4) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และ 5) สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ด้วยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living Index หรือ ADL) เท่ากับ 0.67 ความสามารถเชิงปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula Activities of Daily Living Index หรือ IADL) เท่ากับ 0.87 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination) เท่ากับ 0.88 และหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 ของแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ได้เท่ากับ 0.81

วิธีการเก็บข้อมูล

หัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้อบรมการใช้เครื่องมือวิจัยแบบประเมินภาพสุขภาพให้แก่ทีมวิจัย ซึ่งได้แก่นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เมื่อทีมวิจัยเข้าใจและสามารถใช้แบบประเมินได้อย่างถูกต้อง จึงลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้านผู้สูงอายุเอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการจากคณะผู้วิจัย เพื่อขอความร่วมมือและให้ความยินยอมในแบบพิทักษ์สิทธิ์ และแบบสอบถามทุกฉบับจะถูกตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนโดยหัวหน้าโครงการวิจัย ก่อนออกจากพื้นที่ โดยงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจะถูกตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องอีกครั้งก่อนการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window version 16 ข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบกลุ่มจะถูกวิเคราะห์เป็นค่าความถี่ร้อยละ ตัวแปรที่เป็นค่าต่อเนื่องจะถูกวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลที่ไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ จะวิเคราะห์เป็นค่ามัธยฐาน (Median) และค่าสูงสุด-ต่ำสุด (Min-Max)

■ ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 195 คน เป็นหญิง 115 คน ร้อยละ 59 เป็นชาย 80 คน ร้อยละ 41 อายุระหว่าง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 71.3 ปี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 48.75 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 77.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.1 และปัจจุบันไม่ได้ทำงานเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ลักษณะประชากร	การแบ่งกลุ่ม	จำนวนคน N = 195	ร้อยละ
เพศ	หญิง	115	59.0
	ชาย	80	41.0
อายุ	60-69 ปี	95	48.7
	70-79 ปี	63	32.3
	80-89 ปี	34	17.4
	90 ปี ขึ้นไป	3	1.5
	Mean (S.D.) = 71.3 (8.1) Median (Min-Max) = 70.0 (60-94)		
ศาสนา	พุทธ	42	21.5
	อิสลาม	151	77.4
	ไม่ระบุ	2	1.0
สถานภาพสมรส	โสด	13	6.7
	คู่	113	57.9
	หม้าย	62	31.8
	หย่า / แยก	4	2.1
	ไม่ระบุ	3	1.5
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	24	12.3
	ประถมศึกษา	164	84.1
	มัธยมศึกษา	4	2.1
	ปริญญาตรี	1	0.5
	อื่นๆ	1	0.5
	ไม่ระบุ	1	0.5
อาชีพในปัจจุบัน	ไม่ได้ทำงาน	89	45.6
	ทำงานที่บ้าน	31	15.9
	เกษตรกร	48	24.6
	ธุรกิจส่วนตัว	15	7.7
	อื่นๆ	12	6.2

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับดี (ร้อยละ 43.6) เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน ผู้สูงอายุเห็นว่าภาวะ

สุขภาพตนเองดีกว่า ร้อยละ 50.8 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 55.9 สูบบุหรี่ ยาเส้น ร้อยละ 20.1 ดื่มสุราเบียร์ ร้อยละ 3.1 รับประทานผักผลไม้สม่ำเสมอ ร้อยละ 69.2 รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 76.9 และมีการตรวจร่างกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 59.5

ในด้านประวัติการเจ็บป่วยรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาเคยอยู่รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 48.2 เคยผ่าตัด ร้อยละ 39 เคยมีอาการแบบเจ็บป่วยเฉียบพลัน ร้อยละ 73.3 ประวัติโรคและการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภายใน 2 สัปดาห์ พบปัญหาอนไม่หลับมากที่สุด (ร้อยละ 34.9) รองลงมาปวด (ร้อยละ 32.3) เมื่อยล้า อ่อนเพลียง่ายเวลาทำกิจกรรม (ร้อยละ 23.6) วิงเวียนศีรษะ เป็นลม (ร้อยละ 19.5) และเบื่ออาหาร ท้องอืด (ร้อยละ 17.4) ตามลำดับ การเป็นโรคและการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.7) รองลงมาได้แก่ ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 33.3) ต้อกระจก (ร้อยละ 31.8) เบาหวาน (ร้อยละ 28.7) และโรคกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 22.6) ส่วนปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่ศึกษา ภายใน 6 เดือน ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาเรื่องการมองเห็น (ร้อยละ 62.1) รองลงมาได้แก่ สูญเสียความทรงจำ (ร้อยละ 48.7) การนอนหลับ (ร้อยละ 38.5) ท้องผูก (ร้อยละ 29.2) และการได้ยิน (ร้อยละ 28.2)

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel Activities of Daily Living Index หรือ ADL) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา (ร้อยละ 99.0) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Chula Activities of Daily Living Index หรือ IADL) พบว่าผู้สูงอายุสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้านได้มากที่สุด (ร้อยละ 95.9) รองลงมา ได้แก่ การทอนเงิน แลกเงิน (ร้อยละ 95.4) การทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า (ร้อยละ 85.6) การทำหรือเตรียมอาหาร หุงข้าว (ร้อยละ 85.6) การใช้บริการรถสาธารณะ (ร้อยละ 58.5) ตามลำดับ

ในด้านข้อมูลสุขภาพจิต โดยใช้แบบทดสอบ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่ปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า คือพบร้อยละ 86.7 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 10.6 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 2.7 และไม่พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเลย และเมื่อทำการทดสอบภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบ Mini Mental State Examination (MMSE) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 21.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ตัวแปร	การแบ่งกลุ่ม	จำนวนคน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง (N = 195)	ดีมาก	17	8.7
	ดี	85	43.6
	ปานกลาง	85	43.6
	แย่มาก	6	3.1
	แย่มาก	2	1.0
ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ที่มีอายุเท่ากัน (N = 195)	ดีกว่า	99	50.8
	เท่ากัน	84	43.1
	ด้อยกว่า	10	5.1
	ไม่ตอบ	2	1.0
พฤติกรรมสุขภาพ	ไม่ออกกำลังกาย	109	55.9
	สูบบุหรี่ ยาเส้น	39	20.1
	ดื่มสุรา เบียร์	6	3.1
	รับประทานผักผลไม้สม่ำเสมอ	135	69.2
	รับประทานอาหารเสริม	150	76.9
	ตรวจร่างกายสม่ำเสมอ	116	59.5
ประวัติการเจ็บป่วยรักษาในโรงพยาบาล	เคยอยู่รักษาในโรงพยาบาล	94	48.2
	เคยผ่าตัด	76	39.0
	เคยมีอาการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน	143	73.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	การแบ่งกลุ่ม	จำนวนคน	ร้อยละ
ประวัติโรคและการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภายใน 2 สัปดาห์	นอนไม่หลับ	68	34.9
	ปวด	63	32.3
	เมื่อยล้า อ่อนเพลียง่ายเวลาทำกิจกรรม	46	23.6
	เวียนศีรษะ/เป็นลม	38	19.5
	เบื่ออาหาร ท้องอืด	34	17.4
	ไข้	30	15.4
	หายใจลำบาก/ติดขัด ไอ	24	12.3
	อารมณ์เปลี่ยนแปลง	19	9.7
	ปัสสาวะรด	16	8.2
	สับสน	13	6.7
	เป็นแผลที่ผิวหนัง/มีการอักเสบ ติดเชื้อ	12	6.2
	ท้องร่วง	8	4.1
	บาดเจ็บ	7	3.6
ประวัติโรคและการเจ็บป่วย ภายใน 6 เดือน	ความดันโลหิตสูง	130	66.7
	ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ	65	33.3
	ต่อกระจก	62	31.8
	เบาหวาน	56	28.7
	กระเพาะอาหาร/กระเพาะอาหารอักเสบ	44	22.6
	โรคพาร์กินสัน โรคเส้น	39	20.0
	สมองเสื่อม หลงลืม ความจำเสื่อม	37	19.0
	โรคหัวใจ	33	16.9
	ต่อหีน	16	8.2
	โรคผิวหนัง	16	8.2
	ปอด หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด	14	7.2
	อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง	10	5.1
	โรคไต	10	5.1
	ต่อมลูกหมากโต	6	3.2
	มะเร็ง	4	2.1
	วัณโรค	2	1.0
ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่ศึกษา ภายใน 6 เดือน	ปัญหาเรื่องการมองเห็น	121	62.1
	สูญเสียความทรงจำ	95	48.7
	การนอนหลับ	75	38.5
	ท้องผูก	57	29.2
	การได้ยิน	55	28.2
	กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	53	27.3
	การรับประทานอาหาร	49	25.1
	หกล้ม	35	17.9
	การเคลื่อนที่	34	17.4
	การนอนกรน	32	16.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	การแบ่งกลุ่ม	จำนวนคน	ร้อยละ
ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) (N = 195)	พึ่งพาทั้งหมด (0-4 คะแนน)	1	0.5
	พึ่งพาสูง (5-8 คะแนน)	1	0.5
	พึ่งพาปานกลาง (9-11 คะแนน)	0	0
	ไม่มีภาวะพึ่งพา (12 คะแนน ขึ้นไป)	193	99.0
ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL)	การเดินทางหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน	187	95.9
	การทอนเงิน แลกเงิน	186	95.4
	การทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า	167	85.6
	การทำหรือเตรียมอาหาร หุงข้าว	167	85.6
	การใช้บริการรถสาธารณะ	114	58.5
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) (N = 188)	ปกติ (คะแนน 0-12)	163	86.7
	ซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนน 13-18)	20	10.6
	ซึมเศร้าปานกลาง (คะแนน 19-24)	5	2.7
	ซึมเศร้ารุนแรง (คะแนน 25-30)	0	0.0
ภาวะสมองเสื่อม (MMSE) (N = 176)	ไม่มี	138	78.4
	มี	38	21.6

ข้อมูลด้านการมีหลักประกันความมั่นคง

ข้อมูลด้านการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุที่ศึกษา พบว่าคู่สมรสของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 60 แหล่งช่วยเหลือด้านการเงินของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร ร้อยละ 77.4 รองลงมาได้แก่ รัฐบาลหรือชุมชน ร้อยละ 42.6 สิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ ใช้สิทธิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.8 ผู้สูงอายุได้รับคำ

แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนด้านการเงิน เพียงร้อยละ 7.7 มีความกังวลเรื่องการเงิน ร้อยละ 31.3 เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 78.5 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 37.4 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน ร้อยละ 36.9 บุตรเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้วางใจมากที่สุด ร้อยละ 48.7 และเป็นผู้ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจผู้สูงอายุ มากที่สุด ร้อยละ 61 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านการมีหลักประกันความมั่นคงของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ตัวแปร	การแบ่งกลุ่ม	จำนวนคน	ร้อยละ
สถานภาพคู่สมรส	มีชีวิตอยู่	117	60.0
	ถึงแก่กรรม	61	31.3
	โสด	14	7.2
แหล่ง/ผู้ช่วยเหลือด้านการเงินของผู้สูงอายุ	บุตร	151	77.4
	รัฐบาลหรือชุมชน	83	42.6
	คู่สมรส	39	20.0
	หลาน	25	12.8
	หน่วยงาน	18	9.2
	ญาติ	8	4.1
	บำเหน็จ บำนาญ	2	1.0
	อื่นๆ	36	18.4

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	การแบ่งกลุ่ม	จำนวนคน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	183	93.8
	สวัสดิการข้าราชการ	5	2.6
	ไม่มี	4	2.1
	ประกันสุขภาพเอกชน	3	1.5
ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนด้านการเงิน	ใช่	15	7.7
	ไม่ใช่	180	92.3
มีความกังวลเรื่องการเงิน	ใช่	61	31.3
	ไม่ใช่	134	68.7
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย	ไม่มี	10	5.1
	บุตร	153	78.5
	คู่สมรส	73	37.4
	หลาน	37	19.0
	เพื่อน	1	0.5
	เจ้าหน้าที่บ้านพักผู้สูงอายุ	1	0.5
	เจ้าหน้าที่บริการด้านสังคม	2	1.0
	สมาชิกครอบครัว/ญาติ	29	14.9
สถานที่ทำงานของผู้ดูแลหลัก	ไม่ได้ทำ	54	27.6
	ทำงานนอกบ้าน	72	36.9
	ทำงานที่บ้าน	57	21.5
	อื่นๆ	56	13.8
บุคคลที่วางใจ	ไม่มี	7	3.5
	บุตร	95	48.7
	คู่สมรส	65	33.3
	บิดามารดาผู้สูงอายุ	1	0.5
	พี่น้อง	13	6.6
	หลาน	14	7.1
	บุตรเขย/สะใภ้	6	3.0
	เครือญาติ	10	5.1
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน	2	1.0
	บุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจ	ไม่มี	10
บุตร		119	61.0
คู่สมรส		50	25.6
บิดามารดาผู้สูงอายุ		1	0.5
พี่น้อง		12	6.1
หลาน		16	8.2
บุตรเขย/สะใภ้		2	1.0
เครือญาติ		34	17.4
เพื่อน/เพื่อนบ้าน		8	4.1

ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 65.6 และ

เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การพัฒนาชุมชน การประชุม ในชุมชน โดยได้เข้าร่วมบางครั้ง ร้อยละ 46.1 และเข้าร่วมสม่ำเสมอ ร้อยละ 9.8 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ตัวแปร	การแบ่งกลุ่ม	จำนวนคน	ร้อยละ
ความบ่อยของการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (N = 195)	เข้าร่วม	128	65.6
	ไม่เข้าร่วม	67	34.4
การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การพัฒนาชุมชน การประชุมในชุมชน (N = 193)	ไม่เคย	85	44.00
	ได้ทำบางครั้ง	89	46.1
	ได้ทำสม่ำเสมอ	19	9.8

■ อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาข้อมูลผ่านมุมมองแนวคิดพหุผลซึ่งประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ สุขภาพ การมีหลักประกันความมั่นคง และการมีส่วนร่วม สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ด้านสุขภาพ

การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีโรคและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 6 เดือน ที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.7) ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 33.3) ต้อกระจก (ร้อยละ 31.8) เบาหวาน (ร้อยละ 28.7) และโรคกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 22.6) เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนสามเหลี่ยมจังหวัดขอนแก่น^{11,12} พบลักษณะของการเป็นโรคและการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน ใกล้เคียงกัน ตามลำดับ คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.5) ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 38.0) เบาหวาน (ร้อยละ 23.7) กระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 19.8) สมองเสื่อม หลงลืม ความจำเสื่อม (ร้อยละ 15.6) จากการเปรียบเทียบพบว่า ความชุกของโรคที่พบในชุมชนของตำบลชุมพล มีขนาดของความชุกมากกว่าที่พบในชุมชนสามเหลี่ยมโดยส่วนใหญ่ ยกเว้น โรคข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ และปวดข้อ ซึ่งพบน้อยกว่าชุมชนสามเหลี่ยม โดยสรุปโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มักเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความเสื่อมถอยของร่างกาย

จากการศึกษาพบว่าปัญหาที่พบบ่อย 5 อันดับแรกตามลำดับ ได้แก่ ปัญหาเรื่องการมองเห็น 121 คน (ร้อยละ 62.1) สูญเสียความทรงจำ หลงลืม 95 คน (ร้อยละ 48.7) ปัญหาเรื่องการนอนหลับ 75 คน (ร้อยละ 38.5) ท้องผูก

57 คน (ร้อยละ 29.2) และปัญหาเรื่องการได้ยิน 55 คน (ร้อยละ 28.2) จากการทบทวนวรรณกรรมเปรียบเทียบกับการศึกษาที่สำรวจในบริบทชุมชนเหมือนกับการศึกษานี้ เมื่อพิจารณา 3 อันดับแรก ของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า การศึกษาสุขภาพสุขภาพในชุมชนสามเหลี่ยม^{11,12} จำนวน 308 คน ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียความทรงจำ หลงลืม 194 คน (ร้อยละ 63.0) ปัญหาเรื่องการมองเห็น 163 คน (ร้อยละ 52.9) และปัญหาการนอนหลับ 126 คน (ร้อยละ 40.9) จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพ 3 อันดับแรกมีความเหมือนกัน เพียงแต่ต่างกันที่ลำดับที่พบบ่อยที่สุด โดยในการศึกษานี้พบปัญหาเรื่องการมองเห็นเป็นอันดับแรก ส่วนการศึกษาในชุมชนสามเหลี่ยม^{11,12} พบปัญหาการสูญเสียความทรงจำ หลงลืม เป็นอันดับหนึ่ง ขณะที่การศึกษาในชุมชนหนานเหมียน¹³ จำนวน 201 คน พบปัญหาสุขภาพอันดับแรกเหมือนกับการศึกษานี้ คือ ปัญหาเรื่องการมองเห็น 153 คน (ร้อยละ 76.1) ขณะที่ลำดับ 2 และ 3 มีลำดับที่สลับกับการศึกษานี้ คือ ปัญหาการนอนหลับ 126 คน (ร้อยละ 62) และสูญเสียความทรงจำ หลงลืม 82 คน (ร้อยละ 40.8) หากเปรียบเทียบกับการศึกษาในบริบทของสถานพยาบาล พบว่าการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น^{11, 12} N=154 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ 88 คน (ร้อยละ 57.1) มีปัญหาเรื่องการมองเห็น 83 คน (ร้อยละ 53.9) มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร 78 คน (ร้อยละ 50.6) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 78 คน (ร้อยละ 50.6) โรงพยาบาล หนานเหมียน¹⁴ N=189 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ 112 คน (ร้อยละ 61.9) มีปัญหาเรื่องการมองเห็น 78 คน(ร้อยละ 43.1) สูญเสีย

ความทรงจำ หลงลืม 67 คน (ร้อยละ 37.0) โรงพยาบาลมโหสถ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว¹⁵ N=179 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ 120 คน (ร้อยละ 67.0) มีปัญหาเรื่องการมองเห็น 110 คน (ร้อยละ 61.5) กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 109 คน (ร้อยละ 60.9) จะเห็นได้ว่าจากทั้ง 3 การศึกษา ปัญหาเรื่องการนอนหลับ พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนปัญหาเรื่องการมองเห็นเป็นอันดับรอง

สาเหตุที่ปัญหาการมองเห็นพบเป็นอันดับหนึ่งในการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะความเสื่อมของลูกตา เช่น ต้อกระจก และต้อหิน ซึ่งการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุเป็นต้อกระจก 62 คน (ร้อยละ 31.8) และต้อหิน 16 คน (ร้อยละ 8.2) ซึ่งอาจมีสาเหตุจากผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นโรคเบาหวาน 56 คน (ร้อยละ 28.7) ส่วนการศึกษาจำนวนหนึ่งที่พบปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่ง อาจเนื่องมาจากการเป็นการศึกษาในสถานพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุอาจไม่คุ้นชินกับการเปลี่ยนสถานที่นอน ทำให้เกิดปัญหานอนไม่หลับ อย่างไรก็ตาม ปัญหาของการมองเห็นก็ยังพบมากเป็นอันดับรองลงมา

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ศึกษา (ADL) มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 1 ที่ต้องการการพึ่งพาตั้งแต่ระดับมากถึงพึ่งพาทั้งหมด ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของชุมชนสามเหลี่ยมที่ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาตั้งแต่ระดับมากถึงพึ่งพาทั้งหมด ร้อยละ 1.62^{11,12} นอกจากนี้ยังคล้ายคลึงกับรายละเอียดของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) ของผู้สูงอายุ โดยพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่ต้องพึ่งพาประกอบด้วย การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน (ร้อยละ 95.9) ทอนเงิน แลกเงิน (ร้อยละ 95.4) ทำหรือเตรียมอาหาร หุงข้าว (ร้อยละ 85.6) ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า (ร้อยละ 85.6) การใช้บริการรถสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถสองแถว (ร้อยละ 58.5) ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่าในประชากรผู้สูงอายุ 100 คน จะมีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา จำนวน 1-2 คน ดังนั้น ในชุมชนที่ศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีประชากรสูงอายุ 872 คน จะมีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา 9-18 คน ซึ่งอาจจะใช้เป็นตัวเลขในการประมาณการทรัพยากรเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้

การศึกษานี้ยังพบภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง อยู่ที่ร้อยละ 2.7 ซึ่งแตกต่างจากรายงานการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาในอดีต เช่น ชุมชนสามเหลี่ยม ซึ่งพบร้อยละ 7.8^{11,12}

ชุมชนหนานเหมียน พบร้อยละ 9¹³ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลมโหสถ พบเกือบเท่ากันคือ ร้อยละ 11.1-11.2^{11,12,15} อาจเป็นไปได้ว่าชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นชุมชนมุสลิม ซึ่งมีความผูกพันกันภายในครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือทอดทิ้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้พบว่าอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงในชาวมุสลิมมีเพียงร้อยละ 2 ขณะที่พบในชุมชนชาวพุทธถึงร้อยละ 5

นอกจากนี้ การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาพบภาวะสมองเสื่อมในสัดส่วน 1 ใน 5 ของประชากร หรือ ร้อยละ 21.6 ซึ่งพบว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาในประชากรในบริบทชุมชนเช่นเดียวกัน เช่น ที่ชุมชนสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบเพียงร้อยละ 12.7^{11,12} ส่วนการศึกษาอื่นๆ ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ เนื่องจากโครงสร้างประชากรมีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าชุมชนที่มีอายุเฉลี่ยของประชากรมาก¹ แต่กลับมีสัดส่วนของภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างจากการศึกษานี้มากนัก (ร้อยละ 23.5) นอกจากนี้รายงานการศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย¹⁶ พบประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี มีความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 11.4 โดยแยกเป็นในเพศชายร้อยละ 8.0 และหญิงร้อยละ 13.93 จะเห็นได้ว่าประชากรที่ศึกษานี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรอื่นๆ ถึงประมาณเกือบสองเท่า ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าประชากรผู้สูงอายุที่ศึกษามีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในอัตราที่สูงกว่าประชากรอื่นๆ จากการวิเคราะห์พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยคิดเป็น 130 คน (ร้อยละ 66.7) และ 56 คน (ร้อยละ 28.7) ตามลำดับ ร่วมกับพฤติกรรมออกกำลังกายที่น้อยในวัยสูงอายุ คือพบร้อยละ 56 แสดงถึงแนวโน้มการพึ่งพาในอนาคต

ด้านการมีหลักประกันความมั่นคง

การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุยังมีคู่สมรสอยู่ด้วย มีถึงร้อยละ 60 ซึ่งการมีคู่สมรสอยู่ด้วย จะรู้สึกมีความมั่นคงในชีวิตมากกว่าอยู่คนเดียว นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า บุตรมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการเป็นหลักประกันความมั่นคงของผู้สูงอายุ อันได้แก่ เป็นแหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน (ร้อยละ 77.4) เป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 78.5) การเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุวางใจ (ร้อยละ 48.7) ช่วยเหลือเกื้อกูล

ด้านจิตใจ (ร้อยละ 61.0) และเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม (ร้อยละ 48.7)

ส่วนหลักประกันความมั่นคงด้านการเงินนั้น พบว่าผู้สูงอายุมีแหล่งหลักประกันทางการเงินที่สำคัญคือบุตรและเงินสนับสนุนเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล แต่ถึงกระนั้น ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ก็ยังมีความวิตกกังวล

นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 37 ต้องทำงานนอกบ้าน นั่นหมายความว่าหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ต้องการการพึ่งพา อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของดูแลในช่วงเวลากลางวัน

ด้านการมีส่วนร่วม

ผู้สูงอายุที่ศึกษามีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเกือบ 2 ใน 3 (ร้อยละ 65.6) ซึ่งมากกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น การพัฒนาชุมชน การประชุมในชุมชน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 56 ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการไปประกอบศาสนกิจเป็นการได้พบปะกับผู้สูงอายุด้วยกันอีกด้วย

■ สรุป

โดยสรุป ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านมุมมองของแนวคิดพหุพลัง ซึ่งมี 3 เสาหลัก ได้แก่ เสาหลักด้านสุขภาพ ด้านการมีหลักประกันความมั่นคง และด้านการมีส่วนร่วม ซึ่งในด้านสุขภาพพบว่าปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุประชากรนี้คือ ปัญหาเรื่องการมองเห็น การสูญเสียความทรงจำ ปัญหาเรื่องการนอนหลับ โดยปัญหาการมองเห็นมีสาเหตุมาจากต้อกระจกและต้อหินในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 1 ที่ต้องการการพึ่งพาตั้งแต่ระดับมากถึงพึ่งพาทั้งหมด ส่วนกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาที่พบได้มากประกอบด้วย การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทอนเงิน การแลกเงิน และ

ทำหรือเตรียมอาหารหุงข้าว ในด้านสุขภาพจิตพบภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 2.7 และพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 21.6 ในด้านการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิตผู้สูงอายุที่ยังมีคู่สมรสอยู่ด้วยมีถึงร้อยละ 60 และพบว่าบุตรมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการเป็นหลักประกันความมั่นคงของผู้สูงอายุกล่าวคือ เป็นแหล่งช่วยเหลือด้านการเงินและเป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมและเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุวางใจ แหล่งหลักประกันทางการเงินของผู้สูงอายุที่สำคัญคือ บุตรและเงินสนับสนุนเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุประมาณกว่าหนึ่งในสามต้องทำงานนอกบ้าน และในด้านการมีส่วนร่วมพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางด้านศาสนา รองลงมาเป็นกิจกรรมการพัฒนาชุมชน

การวิเคราะห์ภาพสุขภาพทำให้เห็นว่า การเตรียมผู้สูงอายุให้มีลักษณะพหุพลังหรือส่งเสริมให้มีภาวะพหุพลังนั้น จะต้องดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาหรือส่งเสริมในด้านองค์ประกอบทั้งสาม คือ สถานะทางสุขภาพสภาวะของการมีหลักประกันความมั่นคงของชีวิต และสภาพการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสภาพบริบทของชุมชน และนอกเหนือจากการเตรียมผู้สูงอายุแล้ว ควรเตรียมพร้อมชุมชนให้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยใช้การบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะก่อให้เกิดความยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป

■ กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ด้วยงบประมาณเงินรายได้ประจำปี 2556 และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งแก่งานวิจัยนี้

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2556.
3. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2549.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
5. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย 2550. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2550.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2550.
7. Active Ageing A Policy Framework [database on the Internet] 2002 [cited 9 June 2006]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
8. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. Active Ageing เรื่องเล่าใหม่ในศตวรรษที่ 21. วารสารพญาพิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2544;2(4):1-3.
9. ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล. ภาวะพลัดพราก: กรณีศึกษาในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
10. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. United Kingdom: Blackwell Sciences Ltd; 1994.
11. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุบินดี, ปัทมา สุจริต, อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. ภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2552.
12. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุบินดี, ปัทมา สุจริต, อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555;35(2):15-24.
13. เพ็ญ หลี, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนนันทนเหมียน เมืองนันทนเหมียน มณฑลกลางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555;30(1):71-8.
14. Shi WQ, Sritanyarat W, Aroonsang P. Health profile of hospitalized older persons in a tertiary hospital in Nanning, Guangxi, China. KGU Res J (GS). 2011;11(2):55-70.
15. ดาสุวรรณ บัญมณี, ผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2556;36(2):77-87.
16. พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556;58(1):101-10.

