



ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี

Health status among the elderly in Swangarom district Uthaitthane province

มนต์ชัย อโนวรรณพันธ์
สาธารณสุขอำเภอห้วยคต

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 400 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการสำรวจภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ รู้สึกพอใจใช้ร้อยละ 36.8 ปัญหาด้านสุขภาพจิต อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เชื่องช้า ร้อยละ 25 ด้านเศรษฐกิจ ความพอเพียงของรายได้ประจำเดือนไม่พอเพียง ร้อยละ 53 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 76.3 ด้านสังคมอาศัยอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 11 ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะส้วม ส้วมซึมรดน้ำ ร้อยละ 80.3 ประชาชนมีส่วนได้ส่วนเสียข้อมูลชุมชน ค้นหาแนวทางการพัฒนาเน้นให้มีการสร้างเสริมสุขภาพให้ดูแลตนเองได้ ตรวจสอบสุขภาพให้ครอบคลุม คัดกรองสุขภาพจิต มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง สร้างกิจกรรมด้านสังคมในพื้นที่ สิ่งแวดล้อมพื้นฐานต้องได้รับการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ต้องสร้างการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายให้ขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกัน

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การสร้างเสริมสุขภาพ

Abstract

This is a descriptive research which contains purposes to study health status of the elderly in Sawang-Arom Sub-district, Uthaitthane province by means of selecting group sampling through a simple random of 400 individual cases. The analysis of the data collected was done through statistics figures, percentage values and analyzed contents. According to the survey of health status, it found that 36.8 percent of the elderly have fairly satisfied with their health while 25 percent have suffered from mental, weakness and lethargy problems. Accordingly to the survey of economic problems, 53 per cent have had the problem of insufficient monthly income while 76.3 percent have had the problem of shortage of monthly income of less than 1000 baht. According to the survey of social problems, 11 percent have independently lived and survived. According to the survey of environment, 80.3 percent have used primitive-style toilets (digging deep holes into the ground and using water to drain down all the wastes).



Stakeholders involved were called for meetings to return valuable information concerning health to their community, to find ways to develop and promote health-care to their people, to provide comprehensive medical check-ups, to conduct mental health screenings, to set up the continual caring system, and to create social activities in their areas. In order to make a good quality of life for the elderly, the fundamental factors for environment must be well taken care of. Therefore, the encouraging of participation and the building of alliance networks among the people must be carried out to move forward any health promotion scheme for all.

Key words : Health status, the Elderly, Health Promotion

บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ประชากรโลกมี 6,067 ล้านคน จนถึง ปี พ.ศ. 2552 ประชากรโลกมีจำนวน 6,810 ล้านคน ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วน หรือ ร้อยละ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 5 ในพ.ศ. 2493 ขณะที่ปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 7 และมีการคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรโลก 8,200 ล้านคน จะมีผู้สูงอายุ 1,100 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 13.41 (ศรีเมือง พลัทธิ. 2553 : 1) สิ่งที่เกิดขึ้นคือผลกระทบด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม ร่างกายเสื่อมไปตามวัย ผลกระทบด้านครอบครัว ชุมชน สังคม ข้อเสนอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ 2544 : 19) มีระบบการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ควรมีการพัฒนาทั้งสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ ด้านสังคมพร้อมกัน ซึ่งสุขภาพเป็นพื้นฐานที่สำคัญ

ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีสุขภาพกายต้องทำให้ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สุขภาพจิตต้องทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส ทำให้มีความจำดี ทำจิตใจให้สงบ สังคมต้องประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่ดี มีการเกื้อกูลดูแลผู้สูงอายุ คนในสังคมควรระลึกถึงบุญคุณ ให้ความเคารพนับถือ

การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พบปัญหาผู้สูงอายุของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2553 : 14 - 23) พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านร่างกาย โดยมีปัญหาสุขภาพประมาณ 1.28 ล้านคน มีปัญหา ด้านการมองเห็นร้อยละ 57.7 ปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 14.6 มีปัญหาด้านการทำกิจวัตรด้วยตนเอง รวบรวมร้อยละ 5 - 10 สาเหตุภายนอกที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือ การพลัดตกหกล้มร้อยละ 40.4 ด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 21.4 เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุใน 10 คนจะมีผู้มีความ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 2 คน ปัญหาจากความวิตกกังวล เครียดและกดดันจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียต่างๆ ปัญหาด้านสังคม พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมากขึ้น เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.3 ในปี พ.ศ. 2529 เป็น ร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2550 สัดส่วนครัวข้ามรุ่น (Skip generation household) หรือ ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่กับหลาน โดยไม่มีพ่อหรือแม่ของเด็ก อยู่ด้วยในครัวเรือนผู้สูงอายุไทย เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 10.5 เป็น ร้อยละ 14.3 ทำให้ภาระดูแลลูกหลานตกอยู่กับผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้ปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุจึงเป็น ปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งถ้าบุคคลสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ก็จะก่อให้เกิดสุขภาพ และเมื่อบุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จนเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิต ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพะตลอดชีวิต (Pender. 1996) ประเวศ วะสี (2541 : 4) กล่าวไว้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่สมบูรณ์และ



เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2552 มีจังหวัดที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) จำนวน 58 จังหวัด ระดับปกติจำนวน 18 จังหวัด จังหวัดอุทัยธานีมีความรุนแรงเป็นอันดับที่ 11 จาก 76 จังหวัดทั่วประเทศ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2553 : 10) ประชากรจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 323,831 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 44,449 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.73 (ข้อมูลทะเบียนราษฎร วันที่ 31 ธันวาคม 2551) ประชากรอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี มีจำนวน 31,568 คน ในปี 2551 ผู้สูงอายุทั้งอำเภอสว่างอารมณ์ มีจำนวน 4,002 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.68 ปี 2555 ผู้สูงอายุมีจำนวน 4,658 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.65 จะพบว่าจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

จากข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสำรวจ และศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพื้นที่ นำไปค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา และนำไปค้นหาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสว่างอารมณ์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอสว่างอารมณ์ กำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากร 4,658 คน ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Random Sampling) โดยเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ และสมัครใจ ยินดีตอบแบบสอบถาม โดยคัดเลือกตำบลละ 80 คน จำนวน 5 ตำบล รวมได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เก็บตัวอย่างได้ ร้อยละ 100 ดำเนินการเก็บข้อมูลวันที่ 1 - 30 เมษายน 2556

กลุ่มตัวอย่างการประชมกลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15 คน เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สามารถให้ข้อคิดเห็นการสร้างเสริมสุขภาพได้ ประชุมกลุ่มจำนวน 3 ครั้งในเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจภาวะสุขภาพ ที่ประยุกต์จากโครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (กรมการแพทย์. 2549)
2. แบบรายการประเด็นการสนทนากลุ่มแบบบันทึกข้อมูล/แบบบันทึกการสังเกตการประชมกลุ่ม
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการวิจัย

สำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสำรวจภาวะสุขภาพ จำนวน 400 ชุด ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15 คน สนทนากลุ่มจำนวน 3 ครั้ง สรุปโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา



ครั้งที่ 1 คินข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ สรุปปัญหาเชิงปริมาณที่วิเคราะห์มาเบื้องต้น สนทนากลุ่มสอบถามประเด็นปัญหาเพิ่มเติมจากพื้นที่

ครั้งที่ 2 ค้นหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 3 สรุปผล สร้างการมีส่วนร่วม วางแผน แก้ไขปัญหาร่วมกัน

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 เพศชายร้อยละ 42 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 61.5 วัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 25 วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.5 มีอายุเฉลี่ย 69 ปี สถานภาพส่วนมากสมรส ร้อยละ 59.3 หม้าย ร้อยละ 33.3 หย่า/แยก ร้อยละ 2.3 โสด ร้อยละ 5.3 ส่วนมากจบการศึกษาชั้นประถมต้น ร้อยละ 46.5 ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 11.8 ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านออกเขียนไม่ได้ ร้อยละ 11.8 จบปริญญาตรี หรือสูงกว่า ร้อยละ 0.3

ลักษณะการเป็นอยู่ในครอบครัว อาศัยอยู่ลำพัง คนเดียว ร้อยละ 11 ส่วนมากอยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 55 อาศัยอยู่กับหลาน ร้อยละ 38.3 อยู่กับบุตรสาว ร้อยละ 31 การประกอบอาชีพเสริมที่ก่อให้เกิดรายได้ ร้อยละ 47.5 อาชีพเสริมที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ ร้อยละ 52.5 ความพอเพียงของรายได้ประจำเดือนไม่พอเพียง ร้อยละ 53 มีความพอเพียง ร้อยละ 41 มีเหลือเก็บ ร้อยละ 1.5 มีหนี้สิน ร้อยละ 17 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 76.3 จำนวน 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 20.8 จำนวน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 2 มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 1

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีปัญหาการมองเห็น ไม่ชัด ร้อยละ 22.3 ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 61.3 มีปัญหาด้านการได้ยิน ร้อยละ 11.5 จำนวนฟัน

ที่ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ รวมฟันปลอมด้วย ร้อยละ 51 การรับประทานอาหารครบตามหลักโภชนาการ 3 มื้อ ร้อยละ 90.5 ในรอบ 6 เดือนไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 91.5 เคยหกล้ม ร้อยละ 8.5 ส่วนมากหกล้มนอกบ้าน ร้อยละ 5.3 มีผลกระทบโดยการได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 5.5 ใน 1 เดือนที่ผ่านมามีปัญหาในการปัสสาวะ ร้อยละ 2.8 ปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 4.8 สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ร้อยละ 89 ต้องมีคนช่วย บางส่วน ร้อยละ 8.5 ทำด้วยตนเองได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ร้อยละ 0.8 ทำเองไม่ได้ต้องมีผู้อื่นทำให้ทั้งหมด ร้อยละ 1.8 ภาวะสุขภาพโดยความรู้สึกของผู้สูงอายุพบว่าส่วนมาก รู้สึกดี ร้อยละ 39.3 รู้สึกพอใช้ ร้อยละ 36.8 รู้สึกไม่ดี ร้อยละ 19 รู้สึกดีมาก ร้อยละ 3.8 รู้สึกไม่ดีมากๆ ร้อยละ 1.3 ส่วนมากเมื่อเจ็บป่วยมีบุตรสาวดูแล ร้อยละ 50.5 คู่สมรสดูแล ร้อยละ 47.5 มีคนอื่นดูแล ร้อยละ 13 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 3.5

การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี ส่วนมากได้รับการตรวจ ร้อยละ 84.3 การตรวจช่องปาก เพียงร้อยละ 16 ไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 84 ตรวจการมองเห็น ร้อยละ 14.3 ตรวจการได้ยิน ร้อยละ 9.3 ตรวจหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 15 ตรวจระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 7.8 ตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 65.3 ตรวจเบาหวาน ร้อยละ 45.3 ตรวจไขมันในเลือด ร้อยละ 24.5 มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรม ร้อยละ 32.3 การกินยา ส่วนมากกินยาจำนวน 1 ชนิด ร้อยละ 33 ไม่ได้กินยา จำนวนร้อยละ 29.3 กินยา 3 ชนิด ร้อยละ 22.8 ใน 6 เดือนที่ผ่านมาไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 82.5 อยู่โรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 11.8 แหล่งบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การเลือกใช้บริการสุขภาพโดยการไปสถานพยาบาล ร้อยละ 98

ภาวะสภาพทางจิต มีอารมณ์ซึมเศร้าతోแท้ใจ ร้อยละ 7.3 ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุขในสิ่งต่าง ๆ ที่เคยชอบหรือทำอยู่เป็นประจำ ร้อยละ 3.5 น้ำหนัก



เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเกินกว่า 2 กิโลกรัม ร้อยละ 7.5 กลางคืนนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป แล้วตื่นขึ้นมาไม่สดชื่นหรือไม่สบาย ร้อยละ 15 อ่อนเพลียไม่มีแรง เชื่องช้า ร้อยละ 25 รู้สึกกระวนกระวายใจนั่งไม่ติด ร้อยละ 7 รู้สึกไม่มีคุณค่า หรือรู้สึกผิดโทษตนเอง ร้อยละ 2.5 ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือหมกมุ่นกับความคิดตนเองโดยที่หยุดความคิดหรือไม่มั่นใจในการตัดสินใจหรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ ร้อยละ 5 คิดอยากตาย มีแผนที่จะทำหรือเคยฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.3

พฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ในปัจจุบัน ด้านการสูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 73.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10 เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 4.3 ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้า น้ำตาลเมา (กระแช่) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 74.3 ดื่มบางโอกาส ร้อยละ 19.3 ดื่มประจำ ร้อยละ 3.8 เคยดื่ม ร้อยละ 2.8 ด้านการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นอย่างน้อย พบว่า ออกกำลังกายโดยการเดิน ร้อยละ 69.5 การวิ่ง ร้อยละ 9 การบริหารร่างกาย ร้อยละ 5 การเล่นกีฬา ร้อยละ 0.3 การรำไม้พลอง ร้อยละ 0.5 อื่นๆ ร้อยละ 2.5 และพบว่าไม่ออกกำลังกายถึง ร้อยละ 13.3

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 81.8 ในรอบปีที่ผ่านมามีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 24.5 มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 7.2 มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมรายได้ ร้อยละ 7.8 มีส่วนร่วมในกิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เช่น การเป็นอาสาสมัคร ร้อยละ 4.3 มีส่วนร่วมในกิจกรรมทัศนศึกษา ร้อยละ 1.5 มีส่วนร่วมในการเป็นสมาชิกชมรมหรือองค์กร เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.3 มีส่วนร่วมในการเยี่ยมเยียนหรือให้ความช่วยเหลือสมาชิกเจ็บป่วย/ญาติมิตร ร้อยละ 27.3 มีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นๆ ร้อยละ 2 มีกิจกรรมที่พัฒนา

จิตใจและเชารปัญหา ร้อยละ 93.3 โดยการอ่านนิตยสาร ร้อยละ 3 โดยการอ่านหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 17.8 โดยการอ่านนวนิยาย/การ์ตูน/หนังสืออ่านเล่น ร้อยละ 2.3 โดยการอ่านตำราเรียนตามหลักสูตร ร้อยละ 0.5 โดยการอ่านเอกสารอื่นเป็นประจำ ร้อยละ 1.3 โดยการฟังวิทยุ ร้อยละ 6.5 โดยการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 82.8 โดยการใช้อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 0.5 โดยการเล่นดนตรี ร้อยละ 1.3 โดยการท่องเที่ยว ร้อยละ 3.8 โดยการอ่านหนังสือตำราเกี่ยวกับความรู้ ร้อยละ 3.5 มีกิจกรรมที่พัฒนาจิตใจและเชารปัญหาอื่นๆ ร้อยละ 1.8 เป็นผู้ตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ที่สำคัญของครอบครัวเป็นประจำ (ทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง) ร้อยละ 57.3 นานๆ ครั้ง ร้อยละ 36.8 ไม่เคย ร้อยละ 6 การพบปะเยี่ยมเยียนญาติพี่น้องและเพื่อน ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 32.8 ทุกเดือน ร้อยละ 18.3 ทุก 3 เดือน ร้อยละ 5.8 ทุก 6 เดือน ร้อยละ 8.3 ปีละครั้ง ร้อยละ 18.3 อื่นๆ ร้อยละ 2.3 ไม่เคยไป ร้อยละ 14.5 ต้องดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัว ร้อยละ 31.5 ไม่ต้องดูแล ร้อยละ 69.5

สิ่งแวดล้อมและสภาพที่อยู่อาศัย ลักษณะของบ้านเป็นบ้านเดี่ยวยกสูง ร้อยละ 48.5 บ้านเดี่ยวสองชั้น ร้อยละ 28.8 ห้องแถวไม้/ตึกแถว ร้อยละ 1.8 อื่นๆ ร้อยละ 21 ลักษณะห้องนอน อยู่ชั้นล่าง ร้อยละ 72.3 อยู่ชั้นบน ร้อยละ 27.8 ลักษณะที่นอน นอนบนเตียง ร้อยละ 44 นอนบนพื้น ร้อยละ 56 ลักษณะส้วม นั่งชักโครก/ราดน้ำ ร้อยละ 19.5 ส้วมซึมราดน้ำ (นั่งยองๆ) ร้อยละ 80.30 ไม่มีส้วม ร้อยละ 0.3 แหล่งน้ำที่ใช้ดื่ม เป็นน้ำประปา ร้อยละ 38 น้ำบาดาล/น้ำบ่อ ร้อยละ 10.8 น้ำฝน ร้อยละ 42.8 ชื่อน้ำถัง ร้อยละ 8 อื่นๆ ร้อยละ 0.5

ผลการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบประเด็นปัญหาเพิ่มเติมจากพื้นที่ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ มีปัญหาการเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีอาการปวดเข่า ปวดขา ปวดคอ ปวดกล้ามเนื้อ ปัญหาเรื่องสายตา หูไม่ยินไม่ชัด ปัญหา



ด้านจิตใจ รู้สึกเหงา นอนไม่หลับ ซึมเศร้าเป็นบางวัน มีผู้สูงอายุบางส่วนไม่ออกมาเข้าร่วมกิจกรรม ได้รับการชักชวนแต่ไม่มา ส่วนมากมีภาระ เช่นการทำงาน เลี้ยงหลาน สาเหตุที่ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพ จากร่างกายเสื่อมตามวัย มีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่มีการดูแลตนเองตั้งแต่วัยยังไม่เสื่อม และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ความคิดเห็นของกลุ่มพบว่าสิ่งสำคัญคือต้องร่วมมือกัน สร้างสุขภาพในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เข้าใจปัญหาร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ตั้งแต่ต้น และต้องเข้าใจบริบทของชุมชน สร้างสุขภาพ โดยไม่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมากเกินไป แต่นำหลักทางวิชาการที่เหมาะสม ให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ และต้องวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประเมินผล ดำเนินการ ติดตามอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุขาดภาวะสุขภาพที่ดีถือเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยสาเหตุจากปัญหาความเสื่อมสภาพของร่างกาย จิตใจ และสังคม การไม่ดูแลตนเองส่งผลทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาเช่น โรคเรื้อรัง ภาวะความพิการจากการหกล้ม จากอุบัติเหตุ เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามมาอย่างมาก ปัญหาที่สำคัญปัญหาภาวะสุขภาพทางจิต มีอารมณ์ซึมเศร้าท้อแท้ใจ ร้อยละ 7.3 จากสถิติของประเทศ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบ 1 คน ใน 20 คน สัดส่วนจะเพิ่มในผู้สูงอายุที่สูงขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553 : 14 - 23) แสดงให้เห็นได้ว่าการสร้างกิจกรรมทางจิตเป็นส่วนสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ พบปัญหาด้านอุบัติเหตุ ร้อยละ 8.5 ส่วนมากหกล้มนอกร้าน ร้อยละ 5.3 มีผลกระทบโดยการได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 5.5 พบว่าผู้สูงอายุอยู่อาศัยคนเดียว ร้อยละ 11 การจัดสิ่งแวดล้อมจึงเป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุจะสามารถอยู่คนเดียวได้อย่างปลอดภัย

สอดคล้องกับภรณ์ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรธโนทัย (2552 : 15 - 16) กล่าวถึงแนวคิดในเรื่องการจัดที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเดิม และการอยู่ในบ้านหลังอื่นแต่ยังอยู่ในชุมชนเดิม (Aging-in-place) ซึ่งเป็นทัศนะในเชิงบูรณาการ (Integrated perspective) ซึ่งมองว่าเป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขและความพึงพอใจ

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีระบบ ครอบคลุมกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจากบริบท วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบกับการใช้ทฤษฎีของการดูแลตนเอง (Orem. 2001 : 225 ; Alligood, M. R. and Tomey, A. M. 2006 : 256 - 268) เน้นการให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ เนื่องจากยังมีกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุวัยต้นจำนวน ร้อยละ 61.5 จะต้องเร่งการสร้างสุขภาพโดยทำให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาความรู้ และทักษะ กิจกรรมทางสังคม

ทางเครือข่ายภาคีควรมีส่วนร่วมในการออกแบบการสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกัน เช่น การออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่ติดเตียง การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ การดำเนินกิจกรรมให้ต่อเนื่อง และสร้างองค์ความรู้ผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง การทำกิจกรรมใด ควรมาจากฐานรากของชุมชนมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทำให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาที่มีในพื้นที่ และมุมมองที่ว่าการสร้างตระหนักในการพัฒนาไม่ว่าการพัฒนาในเรื่องใดก็ตาม การนำผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมมากเท่าใด โอกาสความสำเร็จก็จะสูงตามขึ้นไปด้วย (Creighton. 2005 : 16)



เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2549). *การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย*.

กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

นภาพรณ์ ทะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโนทัย. (2552). *ทิศทางใหม่ในการพัฒนาการอยู่อาศัย*

สำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประเวศ วะสี. (2541). *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม*.

กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ. *วิสัยทัศน์ และแนวทางในการปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคต :*

มุมมองจากประชาคม องค์กรชุมชนด้านผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2556 จาก

[http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php/about-elderly/research/
cat__view/53-?limit=5&order=hits&dir=ASC&start=15](http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th/TECIC/index.php/about-elderly/research/cat__view/53-?limit=5&order=hits&dir=ASC&start=15).

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. *ด้วยรักและกตัญญู สู่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน*.

สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2556 จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2969>

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2553). “การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และผลกระทบที่เกิดขึ้น.”

ใน *กายเหนียวใจเหนือกาลเวลา*. วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2553). *สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ปี 2552*. กรุงเทพฯ : ม.ป.พ.

Alligood, M. R. and Tomey, A. M. (2006). *Nursing theory utilization & application*.

Elsevier MOSBY.

Creighton, J. L. (2005). *The public participation handbook*. Jossey - Bass.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6th ed. Mosby.

Pender NJ. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.