



ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมือง

วัลยา ตูพานิช วท.ม.^{1*}

สุธีกาญจน์ ไชยลาภ พร.ด.¹

กิตติ ไชยลาภ พร.ด.²

¹ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² นักวิชาการอิสระ

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: walaya@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2019; 63 Suppl: S83-92

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์สุขภาพกาย จิต สังคม และความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 420 คน สุ่มแบบขั้นตอน ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ 20 คน และแกนนำชุมชน 90 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลสุขภาพ ความต้องการ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี อาศัยอยู่กับคู่ชีวิต นับถือศาสนาพุทธ จบประถมศึกษา พักอาศัยอยู่บ้านของตนเอง ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้เฉลี่ย 600-3,000 บาทต่อเดือน มีสุขภาพทางกายดีปานกลาง ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ อาการไม่สุขสบายที่พบบ่อย ได้แก่ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ หลงลืม ปวดหลัง ข้อเสื่อม มีสุขภาพทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ส่วนสุขภาพทางสังคม ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ เพื่อน นักวิชาชีพ สุขภาพสิ่งแวดล้อม พบห้องพักแออัด บริเวณบ้านสกปรก ห้องน้ำไม่มีราวให้ยึดเกาะ และพื้นบ้านต่างระดับ ความต้องการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ในเรื่องรายได้หรือเงินออม การทำกิจวัตรประจำวัน อาหาร ยารักษาโรค ความรู้การดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการนันทนาการและสังคม สวัสดิการผู้สูงอายุ การเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรนำผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมืองไปใช้ หรือผลักดันนโยบายในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป และมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ ในเขตเมืองกรุงเทพมหานครต่อไป

คำสำคัญ: ปัญหาและความต้องการ ผู้สูงอายุ เขตเมือง



Problems and Needs of Older Adults Living in Urban Area, Bangkok Metropolitan

Walaya Tupanich M.Sc.^{1*}

Suteekarn Chaiyalap Ph.D.¹

Kitti Chaiyalap Ph.D.²

¹ Kuakarun Faculty of Nursing , Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

² Independent scholar

* Corresponding author, email address: walaya@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2019; 63 Suppl: S83-92

Abstract

This research was a mixed methods research that aimed to survey the situations of well-being, needs for older adults in the Bangkok urban areas. The subjects are 420 older adults multi-stage sampling technique. The crucial informational persons were including the expert group, the academic elderly group about 20 persons and the leadership in community 90 persons. For a sample selection used the purposive sampling. The research instruments used a semi-structural questionnaire, a guideline for in-depth interview and focus group discussion. The data collection was analyzed by descriptive statistic and content analysis.

The finding results: Most of the subjects were women with aged 60-69 years old. They lived with spouse and their religion was Buddha. They obtained the highest education of primary school. They had their own house and also used health insurance. They had average income approximately 600-3,000 baht per month. They maintained their health at the moderate level, not using tobacco, not drinking alcohol. Furthermore, they had the frequently discomforts including dizziness, sleep disturbance, forgetfulness, degenerative joints. They had spiritual well-being at the worst level. They received several social supports from families, friends, and academic environments. As the results reported that they had poor atmospheres such as no ventilation in their rooms, dirty area, no accidental prevention in the toilet, different floor levels. The needs for older adults at the high level are comprising the social welfare services and the government supporting their income, occupations, food and medicines, knowledge for self-care, available to recreation, social services, and increasing the budget. The suggestion from the finding should use all of these problems and needs of older adults living in the Bangkok urban areas to apply setting the policy helping continually for them. According to this finding should conduct action research for developing the healthy aging model in the Bangkok areas.

Key words: Problems and Needs, Older PeopleAdults, Urban BangkokUrban Area

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า พ.ศ. 2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน สำหรับประเทศไทยสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ (aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อผู้สูงอายุมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็ นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อผู้สูงอายุ มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28¹

เมื่อบุคคลย่างเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม โดยมักประสบโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากความเสื่อม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน² โรคที่พบบ่อย คือ โรคทางสมอง เก๊าต์ เบาหวาน หัวใจ ตา ไต สมอ งเสื่อม และมีภาวะซึมเศร้า³ ในส่วนส ุขภาวะทางจิตใจ ผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยจะ ไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลาน อย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกท้อแท้ อ้าว้าง และอาจมีความวิตกกังวลต่าง ๆ ส่วนส ุขภาวะทางด้านสังคม สภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมทำให้ลูกหลานมีข้อจำกัดในการดูแล ผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้สูงอายุที่ในเขตเมืองต้องประสบกับปัญหาการไม่มีลูกหลานคอยดูแล ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการของรัฐติดสุราเรื้อรัง สารเสพติด ถูกทำร้ายร่างกายและถูกทอดทิ้ง รวมทั้งค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งต้องไปพำนักอาศัยที่สถานสงเคราะห์หรือสถานดูแล ผู้สูงอายุ จากสภาพเศรษฐกิจสังคมของปัจจุบันทำให้ลูกหลาน มีภาระต้องไปทำงาน ทั้งผู้สูงอายุให้อยู่ในสภาพใช้ชีวิตลำพัง ตกอยู่ในภาวะผู้พึ่งพิงที่ซึมเศร้า^{4,5}

ที่ผ่านมาหน่วยงานรัฐได้พยายามที่จะช่วยเหลือจัดหา บริการสวัสดิการสังคมอยู่แล้ว จากการศึกษาพบว่า การจัดหา สวัสดิการผู้สูงอายุของรัฐยังคงมีการดำเนินงานได้ไม่ครอบคลุม ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการได้ ชุมชนบางแห่ง ไม่มีพื้นที่สาธารณะที่เอื้อให้เข้าไปใช้ประโยชน์ ไม่ตอบสนองต่อ ความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความต้องการ อย่างมากต่อบริการสวัสดิการที่รัฐจะต้องจัดหาให้⁶ ผู้สูงอายุ ไม่รับรู้ว่บริการสวัสดิการที่รัฐต้องจัดหาให้เป็นสิทธิของตนเอง

ต้องได้รับ สวัสดิการเบี้ยยังชีพที่ได้รับอยู่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ และต้องการให้เพิ่มเบี้ยยังชีพ เป็นต้น⁷ ส่วนการเตรียมความพร้อม ของบุคคลเพื่อการเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทา ปัญหาที่จะคุกคามต่อส ุขภาวะ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมใน สังคมได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยสามารถจำแนกการเตรียม ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยได้เป็น ด้านร่างกาย เช่น การมีหลัก ประกันสุขภาพ การหมั่นดูแลสร้างเสริมของตนเอง ด้านการจัด ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมเศรษฐกิจการเงิน เช่น การออมเงิน การฝากเงินสหกรณ์ออมทรัพย์ การลงทุนในทรัพย์สินซื้อที่ดิน ซื้อหุ้นและพันธบัตรรัฐบาล การเตรียมพร้อมทางสังคม เช่น การทำพินัยกรรม การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น^{8,9,10}

กรุงเทพมหานครมีสภาพสังคม เศรษฐกิจ ที่มีความเปลี่ยนแปลง ลักษณะแบบแผนและวิถีชีวิตที่รีบเร่ง ความหลากหลายทางด้านสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและชีวภาพส่งผลให้สภาพการดำรงชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองใหญ่ๆ จึงมีแนวโน้มในการดำเนิน ชีวิตประจำวันที่ปรับเปลี่ยนรวดเร็วในทุกๆ ด้าน ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ต่อภาวะส ุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สภาพ ความเป็นอยู่ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินตามมา ทำให้วัยสูงอายุต้องปรับตัวในการอาศัยอยู่ในเขตเมืองมากขึ้น ดังนั้นกรุงเทพมหานครจึงต้องให้ความสำคัญของการสร้างเสริม ส ุขภาวะผู้สูงอายุ การตอบสนองความต้องการที่เป็นสวัสดิการ ขั้นพื้นฐาน การช่วยเหลือด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ดำเนินชีวิต ได้อย่างมีความสุขมีคุณค่าในสังคมปัจจุบันแม้ว่ากรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักอนามัยจะพยายามขยายบริการการดูแล ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและทั่วถึง แต่ทำได้ยากและยังคงเป็น ประเด็นท้าทาย เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นมหานครที่มี ความเป็นพลวัตทางประชากรสูง โดยเฉพาะจากการย้ายถิ่น ที่เป็นไปอย่างเสรี และการดำเนินงานสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุของ กรุงเทพมหานคร ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เป็นการ จัดบริการขั้นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีพเท่านั้น การดำเนินงานโดย ภาพรวมยังไม่เห็นผลงานอย่างเป็นรูปธรรม การจัดสวัสดิการ ที่เห็นชัดเจนเป็นการจ่ายเบี้ยยังชีพ กิจกรรมต่างๆ ที่จัดบริการ ยังไม่หลากหลาย เป็นการปฏิบัติในเชิงรับมากกว่าเชิงรุก

ขาดความต่อเนื่องในการจัดบริการ ไม่ครอบคลุมความต้องการ เนื่องจากฝ่ายปฏิบัติงานขาดการสนับสนุนบุคลากรในการทำงาน วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณไม่เพียงพอ มีหลายขั้นตอนในการเบิกจ่ายงบประมาณ ทำให้เกิดความล่าช้า งบประมาณไม่เพียงพอ งานที่เริ่มขึ้นแล้วแต่ยังไม่ขยายผลเท่าที่ควร ได้แก่ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กองทุนการออมแห่งชาติ ระบบป้องกันช่วยเหลือและฟื้นฟูให้แก่ผู้สูงอายุในยามภัยพิบัติ¹¹

จากที่กล่าวมาข้างต้นการเป็นสังคมสูงวัยจึงเป็นประเด็นท้าทายสำคัญที่กรุงเทพมหานครจะต้องตระหนักและแสวงหากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างเป็นระบบ คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัย “สุขภาวะทางกาย จิต สังคม ความต้องการและการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร” ขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสุขภาวะการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ ความต้องการต่อสวัสดิการต่างๆ เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานการดำรงชีพของผู้สูงอายุทุกกลุ่มในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการนำไปใช้เพื่อการวางแผนพัฒนารูปแบบบริการสวัสดิการสังคมให้ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมประชากรต่อการเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุ รวมทั้งนำไปสู่การวางแผนการพัฒนาสุขภาวะที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์สุขภาวะกาย จิตและสังคมของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research methodology) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ทำการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสำรวจสุขภาวะด้านกาย จิต สังคม ความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ¹² ได้จำนวน 400 คน เพื่อป้องกันการ drop out จากการศึกษา จึงเพิ่มจำนวนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลจริงอีกร้อยละ 5 ดังนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 420

คน ทั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระจายให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุของประชากรผู้สูงอายุ ใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยแบ่งพื้นที่กรุงเทพมหานครออกเป็น 6 โซน (cluster sampling) จากนั้นทำการสุ่มเลือกแบบง่าย (simple random sampling) เขตกรุงเทพมหานครจำนวน 4-5 เขต ตามขนาดของพื้นที่ โดยได้เขตการศึกษาของแต่ละพื้นที่ดังนี้

- กลุ่มกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ดุสิต ป้อมปราบศัตรูพ่าย พระนคร สัมพันธวงศ์
- กลุ่มกรุงเทพใต้ ได้แก่ บางคอแหลม บางรัก พระโขนง ยานนาวา
- กลุ่มกรุงเทพเหนือ ได้แก่ จตุจักร ดอนเมือง บางเขน ลาดพร้าว สายไหม
- กลุ่มกรุงเทพตะวันออก ได้แก่ คลองสามวา บางกะปิ มีนบุรี หนองจอก
- ผังกรุงเทพมหานคร ได้แก่ บางขุนเทียน บางแค ราษฎร์บูรณะ หนองแขม

สุ่มเลือกชุมชนที่จะทำการศึกษแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) 1 ชุมชนต่อเขต โดยเกณฑ์ที่ใช้ทำการคัดเลือกคือ จะต้องเป็นชุมชนที่มีสภาพความหลากหลายของสถานที่อยู่อาศัยและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มผู้ที่อยู่อาศัย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมทุกช่วงวัยและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยได้ชุมชนที่ ทำการศึกษาทั้งหมด 21 ชุมชน จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากแต่ละชุมชน ชุมชนละ 20 คน ตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือเป็นผู้สูงอายุไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป พักอาศัยในชุมชนตัวอย่างอย่างน้อย 6 เดือน เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบการรู้คิด (The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลสุขภาวะ ความต้องการของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไป ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาวะและข้อมูลภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม และข้อมูลสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการสวัสดิการและความช่วยเหลือด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ระดับลึก การสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยการกำหนดกรอบเนื้อหาในการศึกษาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุจากความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในชุมชนกรุงเทพมหานคร โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ ด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ การแสวงหาความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกันจากบุคคลหลายคน ได้แก่ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) จากตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน การสัมภาษณ์ระดับลึก (in-depth interview) จากเจ้าหน้าที่รับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เจ้าหน้าที่งานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวแทนภาครัฐ ตัวแทนนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 20-30 คน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป

ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 – กันยายน 2560 รวมระยะเวลา 14 เดือน

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินเอกสารหมายเลข KFN-IRB2016-03 วันที่ผ่านการอนุมัติ 11 กุมภาพันธ์ 2559 มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย โดยชี้แจงขั้นตอนและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด และให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการดังกล่าวด้วยความสมัครใจและมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลกระทบหรือความเสียหายใดๆ ตลอดจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง 420 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 73.8) ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 48.6)

อาศัยอยู่ร่วมกับคู่ชีวิตสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 49.8) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.8) อาศัยอยู่ในบ้านพักของตนเองหรือครอบครัว (ร้อยละ 82.6) บ้านไม้ 2 ชั้น หรือบ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ 2 ชั้น (ร้อยละ 34.0) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 2-3 คน (ร้อยละ 38.4) มีผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 69.3) มีสิทธิรักษาพยาบาล (ร้อยละ 99.3) ประเภทสิทธิรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 71.5) สามารถทำงานได้ (ร้อยละ 52.6) ประเภทงานที่ทำ ทำงานบ้าน (ร้อยละ 45.7) ทำงานเชิงเศรษฐกิจ (ร้อยละ 40.3) ยังคงได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 96.2) แหล่งข้อมูลข่าวสารโทรทัศน์ (ร้อยละ 92.6) สวดมนต์ (ร้อยละ 52.9) เข้าวัด ฟังธรรม (ร้อยละ 39.0) ทำอาหาร (ร้อยละ 45.5) ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม (ร้อยละ 67.9) ไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการ (ร้อยละ 94.0) มีรายได้ต่อเดือน (ร้อยละ 90.0) คิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-3,000 บาท (ร้อยละ 54.5) ครัวเรือนมีรายได้ที่แน่นอน (ร้อยละ 71.2) คิดเป็นรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท (ร้อยละ 44.5) แหล่งรายได้หลัก คือ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.8) ไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 76.9) ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 57.4) ผู้หารายได้หลักของครอบครัวคือบุตร (ร้อยละ 65.9)

สุขภาพะทางกายดีปานกลาง ยังพอทำงานได้ (ร้อยละ 42.4) มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.4) มีการดูแลสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 82.4) เช่น การออกกำลังกาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก (ร้อยละ 95.2) โรคหรืออาการส่วนใหญ่ที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ หลงลืมหรือความจำเสื่อม โรคเกี่ยวกับตา ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม และความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วย เหลือ (ร้อยละ 65.4) และอุปกรณ์ที่ใช้ ได้แก่ แว่นตา (ร้อยละ 88.4) กำลังประสบปัญหาสุขภาพร่างกาย (ร้อยละ 41.1) และปัญหาเศรษฐกิจ (ร้อยละ 48.7)

สุขภาพะทางจิต ร้อยละ 7.9 มีชาวปัญญาน่าจะผิดปกติ ส่วนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เมื่อทำการประเมินเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม 2 Q พบ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 113 คน คิดเป็น ร้อยละ 26.9 เมื่อทำการประเมินกลุ่มเสี่ยงนี้ต่อด้วยแบบสอบถาม 9Q พบว่า ร้อยละ 47.8 ไม่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ที่เหลือ มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (ร้อยละ 39.8) อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.1) และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 5.3)

ด้านจิตวิญญาณ ส่วนใหญ่มีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ไม่ดี (ร้อยละ 58.3) ตลอดชีวิตที่ผ่านมาไม่มีอะไรดีเลย (ร้อยละ 42.6) รู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยมีอะไรที่น่าภูมิใจ (ร้อยละ 35.0)

ด้านสุขภาพสังคม ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดี (ร้อยละ 94.9) ภายในครอบครัวได้มีการปฏิบัติด้านการให้ไว้วางใจซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 87.3) การช่วยเหลือกันเมื่อใครคนหนึ่งเดือดร้อน (ร้อยละ 86.5) การสนใจเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน (ร้อยละ 85.8) การพูดจาถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน (ร้อยละ 85.0) การปรึกษาหารือกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหรือก่อนตัดสินใจใดๆ (ร้อยละ 81.9) แสดงความรักและความห่วงใยกันเสมอ (ร้อยละ 81.7) บุคคลภายในครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่างๆ (ร้อยละ 76.6) การรับฟังคำตักเตือนของกันและกัน (ร้อยละ 75.8) การสามารถพูดความลับให้กันฟังได้ (ร้อยละ 75.3) การใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านร่วมกัน (ร้อยละ 73.0) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้พักอาศัยอยู่กับบุคคลภายในครอบครัว (ร้อยละ 93.6) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ร้อยละ 92.6) เครือญาติ (ร้อยละ 83.3) เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 91.0) นักวิชาชีพ (ร้อยละ 91.7) และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กร (ร้อยละ 51.0)

ด้านสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในสภาพที่พักปลอดภัย (ร้อยละ 82.4) สภาพที่พักมีห้องน้ำและห้องส้วมอยู่ภายในบ้าน (ร้อยละ 93.1) ห้องส้วมเป็นแบบนั่งห้อยขาหรือโถส้วมชักโครก (ร้อยละ 86.9) ห้องนอนอยู่ชั้นล่างหรือบ้านชั้นเดียวมีห้องสำหรับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 74.5) บ้านใดบ้านมีราวให้ยึดเกาะ (ร้อยละ 73.8) และอาศัยอยู่ในห้องพักที่ที่บิไม่มีหน้าต่าง การระบายอากาศไม่ดี (ร้อยละ 87.6) บริเวณบ้านสกปรก (ร้อยละ 82.6) หลังคารั่ว (ร้อยละ 81.0) ห้องน้ำ ห้องส้วมไม่มีราวให้ยึดเกาะ (ร้อยละ 66.0) และพื้นบ้านต่างระดับ (ร้อยละ 54.5) มีสถานพยาบาลใกล้ชุมชน (ร้อยละ 69.5) ถนนเข้าชุมชน (ร้อยละ 58.6) สถานที่ติดต่อหรืออาคารทำการราชการ (ร้อยละ 43.6) สถานที่นันทนาการ (อาทิ สนามกีฬา ศูนย์ผู้สูงอายุ) (ร้อยละ 42.9) และรถโดยสารสาธารณะ (ร้อยละ 40.7) มีความสะดวก เพียงพอ ปลอดภัย และมีความคิดเห็นว่าสิ่งเหล่านี้ได้แก่ ป้ายสัญญาณไฟ (ร้อยละ 69.5) สะพานลอย (ร้อยละ 63.6) ทางขึ้นอาคาร- ทางเดินเท้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 51.0) และระบบสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 41.9) ยังไม่มีอยู่ภายในชุมชนของตนเอง

ความต้องการความช่วยเหลือและสวัสดิการต่างๆ ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความต้องการระดับมากถึงมากที่สุด ในด้านรายได้/เงินออม อาชีพ/การมีงานทำ การทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง อาหาร และยารักษาโรค ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุมีสุขภาพดี การเข้าถึงบริการนันทนาการและสังคม สิทธิ/สวัสดิการผู้สูงอายุ การช่วยเหลือสังคม มีบทบาทในสังคม การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและสถานที่สาธารณะ การดูแลในสถานบริการทางการแพทย์ ระบบสนับสนุนการออมจากภาครัฐ การให้ผู้สูงอายุทำงานต่อเนื่องยาวนานขึ้น การส่งเสริมอาชีพทางเลือกแก่ผู้สูงอายุ ไม่มีความต้องการด้านอุปกรณ์ สิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้าน เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาล (ร้อยละ 87.1) ความช่วยเหลือด้านการเพิ่มเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.0) รองลงมามีความต้องการด้านบริการสุขภาพ รักษาพยาบาล (ร้อยละ 15.3) ส่วนน้อยต้องการการจัดหาปรับปรุงที่อยู่อาศัย จัดหางานอาชีพเสริมสร้างรายได้ บริการสาธารณะ (ระบบการคมนาคม การกำจัดขยะ การแก้ไขปัญหาน้ำท่วม การจัดช่องทางบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ) และอื่นๆ อาทิ การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน ความอยู่เย็นเป็นสุขของประเทศ

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ปัญหาและความต้องการสวัสดิการและความช่วยเหลือด้านต่างๆ ผู้สูงอายุในเขตเมืองจะมีปัญหาของผู้สูงอายุและความต้องการการตอบสนองที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกาย ความเจ็บป่วยทางกาย พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ระดับการพึ่งพาตนเอง สุขภาวะทางจิต บริบทสิ่งแวดล้อมสังคมของพื้นที่อยู่อาศัย สภาพการบีบคั้นทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเอง โดยทั่วไปแล้วกลุ่มผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพและความต้องการช่วยเหลือและสวัสดิการที่คล้ายคลึงกัน กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม (ช่วยเหลือตนเองได้ดี) ติดบ้าน (ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน) และติดเตียง (ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด) จะมีปัญหาและความต้องการที่เฉพาะแตกต่างกัน

โดยสรุปกลุ่มผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการและความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริม สนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพสังคมที่ดีภายในครอบครัว

2. ด้านการจัดให้มีพื้นที่หรือเวทีสาธารณะภายในชุมชน เพื่อการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกันของผู้สูงอายุ การจัดเวที ประชาพิจารณ์ด้านผู้สูงอายุ เพื่อรับทราบปัญหาและแนวทาง ขับเคลื่อนกิจกรรมผู้สูงอายุภายในชุมชน

3. ด้านการส่งเสริมสนับสนุนชมรมกลุ่มต่างๆ ภายในชุมชน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการขับเคลื่อน กิจกรรมผู้สูงอายุ

4. ด้านการส่งเสริมสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุภายในชุมชน เช่น การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุประจำ ชุมชน การส่งเสริมสนับสนุนกลุ่มจิตอาสาดูแลเยี่ยมเยียน (care giver) ผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดระบบบริการรักษา พยาบาลเฉพาะ บริการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรัง การพัฒนา สมรรถนะทางร่างกาย การเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิต

5. ด้านการประชาสัมพันธ์ด้านสวัสดิการและสิทธิ ผู้สูงอายุด้านต่างๆ

6. ด้านการส่งเสริมสนับสนุนด้านอาชีพและระบบ ออมทรัพย์สำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งสวัสดิการการเงินเบี้ยยังชีพ แก่ผู้สูงอายุที่ควรจัดทำให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาวะ เศรษฐกิจปัจจุบัน

7. ด้านการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรม ต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องการให้งานสวัสดิการผู้สูงอายุมี การทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ

8. ด้านการจัดทำสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนและ นอกชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแล ความสะอาดภายในชุมชน สภาพที่พักอาศัยปลอดภัย ทางเดินเท้า และสัญจรเข้าชุมชนที่สะดวกและปลอดภัย การจัดให้มีพื้นที่ สาธารณะเพื่อการออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางสังคม การจัดสภาพแวดล้อมราชการและสาธารณะเพื่อความสะดวก ต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการ

อภิปรายผลการวิจัย

1. สุขภาวะทางกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหลักประกันด้านสุขภาพ สุขภาพดี ปานกลาง ยังพอทำงานได้ ไม่ทุพบุรุษและไม่เต็มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้มาก โดยปัญหาที่ ผู้สูงอายุกำลังประสบอยู่ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ที่สอดคล้อง กับการศึกษาของศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม¹³ โดยโรคหรืออาการส่วนใหญ่ที่มักเกิดกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ หลงลืม ความจำเสื่อม โรคเกี่ยวกับตา ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม ความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์ การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ^{13,14,15} ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคกระดูกและข้อ และโรคตา โดยโรคเหล่านี้มักเป็นปัญหาที่เกิด จากกระบวนการชราภาพ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา¹⁶

2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

แม้ว่าผลการศึกษาค้างนี้จะพบกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 7.9 ที่น่าจะมีเชอร์ปัญญาผิดปกติ (suspected impaired cognitive function) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม แต่ภาวะ สมองเสื่อมของกลุ่มผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร น่าจะมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ มากขึ้นและมีอายุยืนขึ้น ผู้ป่วยสูงวัยได้รับการวินิจฉัยโรค กลุ่มนี้มากขึ้นประกอบกับบุคลากรสุขภาพมีความตระหนัก มีความรู้ในการประเมินและดูแลโรคกลุ่มนี้มากขึ้น โดยทาง การแพทย์เป็นที่ทราบกันดีว่าสาเหตุเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น บังคับด้านหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมัน ในเลือดสูง ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ความสามารถ เกี่ยวกับการใช้สติปัญญาหรือเชอร์ปัญญาจะเริ่มลดลงเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับเชอร์ปัญญาของผู้สูงอายุกับ สถานภาพการทำงาน ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ งานวิจัยได้ทำ การประเมินความเสี่ยงโรคซึมเศร้าเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม 2Q และ 9Q พบร้อยละ 14.5 ที่มีความเสี่ยง ซึ่งมีความแตกต่าง จากการศึกษาศาสนสถานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ¹² ที่พบว่าผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานครมีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะต่างๆ สูงกว่า ผู้สูงอายุภาคอื่นๆ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป พบว่ามีปัญหา ภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น โดยภาวะ ซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งในชุมชน ในสถานพยาบาลและในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ กาญจนา กิริยาภม¹⁷ พบว่าผู้สูงอายุในแผนกอายุรกรรมที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 79.0 สิ่งที่สำคัญ ไปกว่านั้นคือ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุมีลักษณะที่ไม่ชัดเจน และไม่เฉพาะเจาะจงคล้ายคลึง กับอาการของการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งอาจจะเกิดจากการวินิจฉัย

ผิดพลาดหรือถูกมองข้าม ละเลย ทำให้ไม่ได้รับการรักษาดูแล ที่ถูกต้อง เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพ หลายประการตามมาได้ เช่น การดำเนินของโรคที่เป็นอยู่เลวลง หรือรุนแรงยิ่งขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การกลั้วคืนสู่สภาพปกติเป็นไปได้ช้า ระยะเวลาในการอยู่ใน โรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น¹⁸

3. สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.3 มีสุขภาวะ จิตวิญญาณที่ไม่ดี โดยการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ไม่ดี นอกจากจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและ เศรษฐกิจ ที่ส่งผลทำให้สัมพันธ์ทางสังคมภายในครอบครัว ของผู้สูงอายุไม่ดี เกิดภาวะบีบคั้นทางเศรษฐกิจต่อผู้สูงอายุ และสมาชิกครอบครัวแล้ว บุตรหลานทอดทิ้งผู้สูงอายุแล้ว ความเจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ทูพพลภาพ ต้องนอนติดเตียง ย่อมจะส่งผล ด้านลบต่อสุขภาวะทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้ลดน้อย ถอยลงเมื่ออายุขัยมากขึ้น¹⁴ ความเจ็บป่วยเสื่อมถอยทางร่างกาย ย่อมจะส่งผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรม ทางกายต่างๆ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาวะทางจิตและ จิตวิญญาณตาม ดังเป็นที่ยอมรับของนักวิชาการต่างๆ ว่า กิจกรรมทางกายมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กิจกรรมทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (psychological well-being) ในผู้สูงอายุ¹⁵ และรวมไปถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) ของผู้สูงอายุ¹⁶ กิจกรรมทางกายยังมีผลต่อการเพิ่มมุมมองความคาดหวังเชิงบวก ในการดำรงชีวิต (positive expectations) และเพิ่มความพึงพอใจ ในชีวิต (life satisfaction) ของผู้สูงอายุ^{19,20}

4. สุขภาวะทางสังคมและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ

พบว่าส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ทางภายในครอบครัวที่ดี พักอาศัยอยู่กับบุคคลภายในครอบครัว ได้แก่ บุตรและคู่สมรส ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เครือญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน นักวิชาชีพ รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กร จึงกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความอบอุ่นและมั่นคง ทางสังคม สอดคล้องกับที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่

พักอาศัยกับคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 49.3 รองลงมาอาศัยอยู่ กับบุตร หลานร้อยละ 33.8 และ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.2 ไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และมีกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนน้อยที่ถูกทอดทิ้ง โดยส่วนใหญ่เกิดจากบุตรหลานทอดทิ้ง มากที่สุด¹³ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสถานที่พักอาศัยมี ความปลอดภัย แต่มีสภาพแวดล้อมบางอย่างในที่พักอาศัยของตน ยังไม่เหมาะสม ไม่เกื้อกูลต่อสุขภาวะ อาทิ สภาพที่อยู่อาศัยที่บีบ ไม่มีหน้าต่าง การระบายอากาศไม่ดี บริเวณบ้านสกปรก หลังคารั่ว ห้องน้ำ ห้องส้วมไม่มีราวให้ยึดเกาะ และพื้นบ้านต่างระดับ¹³ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้และมีความคิดเห็นต่อชุมชน ของตนเองว่าชุมชนและสภาพแวดล้อมรอบชุมชนมีสิ่งอำนวยความสะดวก ระบบสาธารณูปโภคที่เกื้อกูลต่อสุขภาวะของ ผู้สูงอายุ เช่น มีสถานพยาบาล สถานที่ติดต่อหรืออาคารทำการ ราชการอยู่ใกล้ มีถนนสัญจรเข้าถึง มีสถานที่นั่งนันทนาการ มีรถโดยสารสาธารณะที่สะดวก เพียงพอ ปลอดภัย แต่มี ความคิดว่าสิ่งเหล่านี้ ได้แก่ ป้ายสัญญาณไฟ สะพานลอย ทางขึ้นอาคารทางเดินเท้าที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และระบบ สาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน ยังขาดแคลนหรือไม่มีเพียงพอ เพื่อสนับสนุนต่อชุมชน อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยเชิง ปริมาณและคุณภาพต่างแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังคงมี ความต้องการตอบสนองด้านสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบสาธารณูปโภคจากรัฐและชุมชนต่างๆ เหล่านี้อยู่ ซึ่งอธิบาย ได้ว่า ผู้สูงอายุได้มีการรับรู้สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ขั้นพื้นฐาน (basic needs) ที่อำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีพ และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายที่พึงจะได้รับ จึงทำให้ ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการการตอบสนองจากภาครัฐ

5. ความต้องการความช่วยเหลือและสวัสดิการต่างๆ ของ ผู้สูงอายุ

จากผลจากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังคงมีความต้องการความช่วยเหลือและสวัสดิการต่างๆ ของ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมีความต้องการอย่างมากต่อความช่วยเหลือ การดำรงชีพทางเศรษฐกิจ ด้วยการเพิ่มเบี้ยยังชีพ การส่งเสริม อาชีพและการมีงานทำเพื่อการมีรายได้ การส่งเสริมด้าน การออมทรัพย์ รองลงมาเป็นความต้องการด้านบริการสุขภาพ รักษาพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ การมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้น เป็นความต้องการเข้าถึงบริการนันทนาการและสังคม การมี

บทบาททางสังคม การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนและนอกชุมชนที่เกื้อหนุนต่อสุขภาวะ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม¹³ ที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือเงินสงเคราะห์จากกองทุนในชุมชนมากที่สุด ต้องการให้ทางราชการอำนวยความสะดวกในการเข้ารักษาพยาบาล/สถานที่ราชการ งานวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุต้องการเข้าร่วมโครงการส่งเสริมอาชีพในลักษณะการให้ภาครัฐจัดหางานให้ โดยภาครัฐให้ทุนแก่ผู้สูงอายุ²¹ ผู้สูงอายุที่รับเบี้ยผู้สูงอายุมีความต้องการด้านเศรษฐกิจด้านนันทนาการ ด้านสังคม และสุขภาพอนามัย ตามลำดับ²² ผู้สูงอายุมีความต้องการที่สำคัญ ได้แก่ ความต้องการการดูแลเยี่ยมเยียนสุขภาพทางร่างกาย เพราะผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพเสื่อมโทรม โรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ความต้องการช่วยเหลือเงินจูงใจทางเศรษฐกิจ เพราะผู้สูงอายุบางรายอาจมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ต้องการทางด้านความรู้ เพื่อพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องการได้รับการยกย่องจากสังคม ต้องการได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากครอบครัว ผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการสังคมโดยรวมจากรัฐอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้าน การแก้ไข ปัญหาความยากจน การเพิ่มจำนวนเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนแก่ผู้สูงอายุ การจัดตั้งกองทุนในชุมชนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ และความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัย²³⁻²⁶ การที่ผู้สูงอายุมีความต้องการเช่นนี้ จึงเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีความต้องการของมนุษย์²⁷ รวมทั้งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน (needs) อันวยความสะดวกต่อการดำรงชีพ และเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายที่พึงจะได้รับ จึงทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการตอบสนองดังที่กล่าวมาข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในเขตเมืองไปใช้ หรือผลักดันนโยบายในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป และมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ ในเขตเมืองกรุงเทพมหานครต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และภาควิชาการพยาบาล

สาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์เขตเมืองที่ให้โอกาสและสนับสนุนเวลา ทุนวิจัย ในการทำโครงการวิจัยในครั้งนี้

Reference

1. Institute of Research and Development Rajamangala University of Technology Isan. Research strategy: social Elderly, 2012-2016 [cited 2016 20 December]. Available from: <http://ird.rmuth.ac.th/newweb/banner/index>.
2. Knodel J, Chayovan N. Population ageing and the well-being of older persons in Thailand, papers in population ageing 5 UNFPA Thailand and country technical services team for East and South-East Asia, Bangkok, Thailand. 2008.
3. Phunratanai S. Get to know and come to mind when you reach old age. Bangkok: Sangdaw Printing; 2012.
4. Thongcharoen W. Science and Art of Nursing for the Elderly. Bangkok: Mahidol university; 2016.
5. Riyapan S, Phu Anusas N. The study of depression of the elderly in Dusit district community. Bangkok: Kuakarun Faculty of Nursing; 2012.
6. Sopapan C. The opinions of the elderly on the provision of services for the elderly living allowance of the municipality Hua Na Kham subdistrict, Yang Talat district, Kalasin province: Mahasarakorn university; 2016.
7. Khaichaiyaphum P, Sirichot P. Welfare needs of the Elderly in Nonthai Municipality, Nonthai District, Nakhon Ratchasima Province. Humanities & Social Sciences 2011;28(1):85-100.
8. Office of Health Learning Center. Local people care for the elderly in the community. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2016.
9. Department of Older Persons. Prepare, do not wait. Only a very high age. Bangkok: Ministry Social Development and Human Security; 2013.

10. Chuenwatana W. Preparing to enter the old age. Pathumthani University Academic Journal. 2014;6(1):197-201.
11. Choknithiniran W, Raksuk E, Bangyikhan S. Government administration in promoting Quality of life for the elderly Case study of Bangkok. Saint Johns Journal. 2015;18(22): 33-46.
12. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
13. Social Surveillance and Warning Center Office of the Permanent Secretary for Social Development and Security Human. Report of the survey of elderly data in the Bangkok area in 2011. Bangkok; 2011.
14. Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P, Suthinun S, Surit P, Theeranut A, et al. Health profile of older persons in health care institute and in community. Journal of nursing and health. 2012;35(2):15-24.
15. Duangthip S, et al. Preliminary study results in Tai Yai elderly health survey in 2013 under the health promotion plan for the elderly and the disabled. Nonthaburi: Bureau of health promotion department of health; 2013.
16. Jayankura S. Complete Preparation For Family Household And community In aging society Of municipal district of Salaya. Bangkok: Research and Development journal Suan Sunandha Academic and Research Review; 2011.
17. Khiriyangam K. Factors Related to Depression of Elderly Patients in The Medical Department: Mahidol University; 2010.
18. Miller, C.A. Nursing Care of Older Adults Theory and Practice. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.; 1999.
19. Cho J, Martin P, Margrett J, Macdonald M, Poon LW. The Relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. Journal aging research 2011;1-8.
20. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, Oliveira Vd, Mazzardo O, Campos Wd. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review 2000-2012. Rev Bras Psiquiatr 2014;36:76-88.
21. Laengwattanapong A. The Needs and Guidelines for The Welfare of Elderly Career: career promotion project in Bangkok. Academic service journal 2011; 22(3):56-67.
22. Suksai J, Ponghirun W. Research report on problems and welfare of the elderly receiving elderly allowance Din Daeng District office Bangkok. Journal of knowledge sharing academic and research. 2013;20(1):46-56.
23. Loikaew C. The study of social welfare needs of the elderly in the area Ayothaya municipality Phranakhonsriayutthaya province: Valaya Alongkorn Rajabhat University; 2011.
24. Wachiraya N. Research report on the needs of the elderly in the administrative organization Khok Noi subdistrict, Khao Kho district, Phetchabun province: Naresuan University; 2012.
25. Jaruchat N, Thanasugan P. Research report on social welfare management for the elderly in Pho Prathap Chang subdistrict administrative organization area Pho Prathap Chang district Pichit province: Naresuan University; 2010.
26. Piladeng S, Thawachalee Y, Kaewnai K. The Social Welfare Needs of the Elderly in the Area of Dong Phayung Sub-District Administrative Organization, Don Chan, Kalasin. Khon Kaen province Journal of political science and law Kalasin Rajabhat University. 2014;3(1):133-48.
27. Kaewpaitoon A. Public satisfaction with service provision according to Sangkhavath 4 principles of the district office district registration department Nakhon Sawan province: Mahachulalongkorn University Royal College; 2011.