



ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหน้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

Health Status of Older Persons Living in Yaplong, District, Srisaket Province.

พุทธิพร พิธานธนาณุกุล พย.ม.* Puttiporn Pitanthanukul M.N.S.*

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและปัญหาด้านจิตสังคม ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพกาย ความสามารถเชิงปฏิบัติ สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนเพื่อดูแลผู้สูงอายุได้ การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหน้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ 270 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่พัฒนาโดย ผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ (2552) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้าน 1) สุขภาพกาย พบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีพื้นที่ใช้งานได้มากกว่า 20 ซึ่งผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพเท่ากับบุคคลวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 12.6 ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับ การมองเห็น การเคลื่อนไหว และปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาน้อย รวมทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา 2) สุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 3) สุขภาพทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาว มีผู้ดูแลหลักคือบุตร แหล่งช่วยเหลือทางการเงินส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตร สามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย และไม่มี ความกังวลเรื่องเงิน แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อกังวลใจ

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ และการจัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในมิติต่างๆ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนาศรีสะเกษ

* Lecturer, Department of nursing chalemkarnchana university, Srisaket, putti.pitan@gmail.com



Abstract

Older persons risk to health problem both physical and psychosocial domain. The assessment about health status of older persons such as physical health, physical function, psychological function and function and social health be able to plan to caring of older persons. This descriptive research aimed to describe health status among older persons living in Yaplong, Srisaket province. Older persons in this study comprised of 207 elders living in the community. The data were collected from June to August 2017. The study instruments were composed of 1) personal data 2) health status of older person questionnaire developed by Aroonsang et al, (2009). The data were analyzed using frequency and percentage.

The results of this study are as follow: 1) Physical health: Older persons of this study, had normal body mass index, had more than 20 permanent teeth. The most of them perceived their health as good and as same as others with the same ages. The three leading chronic diseases were hypertension (34.6%), diabetic mellitus (14.9%) and osteoarthritis (12.6%). The three leading common problems were sleeping, vision immobility and urinary incontinence. For the Barthel ADL and IADL, most of them were capable of performing activities of daily living independently. 2) Psychological function: the most of them had not depression. 3) Function and social health: the most of them lived with their children, resources of older persons were mostly children of their own both in money and in care giving support, had persons to rely on and talk with when having anxious.

Results from this study provided base line data on the health status of older persons in community, beneficial for planning health care service and used to develop project in order to improve health of each dimension of older persons.

Key words: Older persons, Health status

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทย ข้อมูลจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2559) พบว่าในปี พ.ศ. 2553 จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 8.4 ล้านคน และในปีพ.ศ.2559 จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 11 ล้านคน จากการลดลงของอัตราเกิด อัตราตาย การมีอายุขัยที่ยืนยาวของคนไทย ทำให้จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในกลุ่มพิเศษที่สถานบริการสุขภาพแต่ละแห่ง ต้องให้ความสำคัญในการให้บริการ โดยได้รับ

การดูแลที่เหมาะสมกับวัย และปัญหาสุขภาพ (ภารดี นานาศิลป์, 2558)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง (จีราพร ทองดี และคณะ, 2555) จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 ในประเทศไทย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยพบว่าผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 42.3 และผู้สูงอายุชายร้อยละ 36.8 มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,



2559) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556 พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) รวมทั้งการศึกษาของปีนเรศ กาศุดม และคณะ (2550) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโรคประจำตัว 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 77 และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.8 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ร้อยละ 8.7 (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) นอกจากนี้ปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุหรือ geriatric problem ซึ่งเป็นอาการผิดปกติหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้บ่อยๆ กลุ่มอาการเฉพาะของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกระบวนการชราและเป็นผลสืบเนื่องมาจากพยาธิสภาพหรือปัญหาสุขภาพ ที่พบในผู้สูงอายุได้แก่ ปัญหาการสูญเสียความจำ ร้อยละ 63 รองลงมาคือ ปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 52.9 และการนอนหลับ ร้อยละ 40.9 (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2552) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและปัญหาด้านจิตสังคม ในการศึกษาภาวะสุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2550, 2550) อ้างถึงในผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, (2552) ซึ่งการศึกษาระบบสุขภาพในการศึกษานี้เป็นภาพรวมของสุขภาพทั้งทางด้านสุขภาพกาย ความสามารถเชิงปฏิบัติ สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นด้านการศึกษาวิจัย และในการจัดบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษมีพันธกิจหนึ่งในด้านการบริการวิชาการแก่สังคมโดยเฉพาะกลุ่มประชากรสูงอายุในเขตพื้นที่ตำบล

หน้าปล้อง อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ และจากการศึกษานำร่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลหน้าปล้อง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป รวมทั้งผู้สูงอายุทุกคนมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ (geriatric problem) อย่างน้อย 1 อย่าง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตตำบลหน้าปล้อง อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน ดำเนินการสร้างเสริม และดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีมีศักยภาพ มีความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน
2. เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน
3. เพื่อศึกษาสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

คำถามการวิจัย

1. สุขภาพกายของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นอย่างไร
2. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นอย่างไร
3. สุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดการวิเคราะห์ผู้สูงอายุแบบหลายมิติที่ครอบคลุมถึงการประเมินสุขภาพทางกาย (physical health) สุขภาพจิต (psychosocial health) และสุขภาพทางสังคม (social functioning) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) โดยการประเมินสุขภาพทางกายประกอบด้วยความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ และกลุ่มอาการที่เป็นลักษณะเฉพาะ



ของผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพจิตประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า และการประเมินสุขภาพทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมด้านผู้ดูแล ด้านการเงิน และด้านจิตสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณของยามานะ (Yamane) ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 คน โดยผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 (อรุณ จิรวินกุล, 2552) การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากทุกหมู่บ้าน และจับฉลากตามบ้านเลขที่ให้ได้จำนวนตามที่กำหนด โดยคำนวณหาสัดส่วนกับประชากรในแต่ละหมู่บ้าน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2559

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านการพัฒนามาแล้ว ทำให้ได้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์และการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านเขียน และการทำงานปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ (ใช้

แบบประเมินมาตรฐานคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental activity of daily living) ประเมินโดยใช้ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ส่วนที่ 2 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินมาตรฐานคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) และส่วนที่ 3 สุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน และแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เครื่องมือจากมิ่งพรพรรณ อรุณแสงและคณะ (2552) จากงานวิจัยเรื่องภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน 2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย โดยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และ 0.78 ตามลำดับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยโดยเคารพในสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา และเมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างเรือง และผู้ใหญ่บ้านตำบลหญ้าปล้อง เพื่อแสดงความเคารพสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง



วัตถุประสงค์ ของการวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ พร้อมกับขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะต้องเซ็นชื่อในใบยินยอม นอกจากนี้ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการวิจัยนี้สิ้นสุดลง การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบคำถามไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม รวมทั้งมีสิทธิที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพกาย ข้อมูลสุขภาพจิต และข้อมูลสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 270 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 58.5 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น(60-69 ปี) ร้อยละ 68.9 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.6 ส่วนใหญ่อ่านออก/เขียนได้ ร้อยละ 81.5 และปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.2

จากการประเมินทางสุขภาพผู้สูงอายุมีสุขภาพด้านต่างๆ ดังนี้

1. สุขภาพกาย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 270 คน ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 41.5 ด้านสุขภาพฟัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฟันที่ใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 60.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 44.8 การเปรียบเทียบสุขภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่า

กัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพเท่ากับบุคคลวัยเดียวกัน ร้อยละ 54.1 ด้านอุปสรรคทางการแพทย์ที่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้คือฟันปลอม ร้อยละ 7.4 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.2 โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 12.6 ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับและการมองเห็น ร้อยละ 21.1 รองลงมาคือปัญหาการเคลื่อนไหว ร้อยละ 14.1 และปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ร้อยละ 12.2 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา น้อย/สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก ร้อยละ 96.3 มี ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 79.3 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

2. สุขภาพจิต

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 270 คน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 98.9 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 1.1 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

3. สุขภาพทางสังคม

แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาว ร้อยละ 55.6 มีผู้ดูแลหลักคือบุตร ร้อยละ 76.7 โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักมีงานทำประจำ ร้อยละ 79.3 แหล่งสนับสนุนทางการเงิน แหล่งช่วยเหลือทางด้านการเงินส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับเงินจากบุตร ร้อยละ 73.0 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้ ร้อยละ 68.5 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีความกังวลเรื่องการเงิน ร้อยละ 69.3 แหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ ร้อยละ 96.7 และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อกังวลใจ ร้อยละ 95.9 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทางสังคม (n=270)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สุขภาพกาย		
ดัชนีมวลกาย (Body mass index)		
- ปกติ (18.5-22.9)	112	41.5
สุขภาพฟัน		
- ฟันใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่	163	60.4
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ		
- ดี	121	44.8
การเปรียบเทียบสุขภาพตนเองกับวัยเดียวกัน		
- เท่ากัน	146	54.1
อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้		
- ฟันปลอม	20	7.4
โรคประจำตัว** (N=168)		
- โรคความดันโลหิตสูง	74	44.0
- โรคเบาหวาน	32	19.0
- โรคข้อเข่าเสื่อม	27	16.1
ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ**		
- ปัญหาการนอนหลับ	57	21.1
- ปัญหาการมองเห็น	57	21.1
- ปัญหาการเคลื่อนไหว	38	14.1
- กลั้นปัสสาวะไม่ได้	33	12.2
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน		
- สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก	260	96.3
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง		
- ไม่มีภาวะพึ่งพา	214	79.3
2. สุขภาพจิต		
- ปกติ	267	98.9
- ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	3	1.1



ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทางสังคม (n=270) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. สุขภาพทางสังคม		
3.1 แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล		
ผู้ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย**		
- บุตรสาว	150	55.6
ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย		
- บุตร	207	76.7
ผู้ดูแลหลักทำงานหรือไม่		
- ทำ	214	79.3
3.2 แหล่งสนับสนุนทางการเงิน		
แหล่งช่วยเหลือทางการเงิน**		
- บุตร	197	73.0
การจัดการกับค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย		
- จัดการได้	185	68.5
ความกังวลเรื่องการเงิน		
- ไม่มี	187	69.3
3.3 แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตสังคม		
บุคคลที่ไว้วางใจ		
- มี	261	96.7
บุคคลที่พูดคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ		
- มี	259	95.9

หมายเหตุ ** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. สุขภาพกาย

ด้านดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 41.5 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์อ้วน คือ 25-29.9 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 22.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดาสุวรรณค์ บุญณณี (2556) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่

มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 53.6 และจากงานวิจัยนี้ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชน พ.ศ.2557 ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 43 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) อาจเนื่องมาจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนในวัยหมดประจำเดือนจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักเกินได้ (Saxena



et al.,2012)

ด้านสุขภาพฟัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีฟันที่ใช้
งานได้มากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 60.4 เป็นผู้สูงอายุวัยต้น
เช่นเดียวจากการศึกษาของซูโอะตะ สตาปอ (2552) พบ
ว่าในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นยังคงมีฟันแท้เหลือ 32 ซี่
มากกว่ากลุ่มที่อายุมาก รวมทั้งจากรายงานการสำรวจ
สภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 พ.ศ.2555
ใน 4 กลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุปัญหาหลักยังคง
เป็นการสูญเสียฟัน ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีการสูญเสีย
ฟันบางส่วน ร้อยละ 88.3 และมีการสูญเสียฟันทั้งปาก
ร้อยละ 7.2 และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มต่อเนื่องตามอายุ
จนเมื่ออายุ 80-89 ปี พบการสูญเสียฟันทั้งปากถึงร้อย
ละ 32.2 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งก่อนๆ ที่
ผ่านมา จำนวนฟันแท้ที่เหลือใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุตอน
ต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักทันตสาธารณสุข, 2556)
ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุ
เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น
อยู่กับฟันของผู้สูงอายุด้วย โดยถ้าผู้สูงอายุยังมีฟัน
เหลือน้อย พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้น
(วีระศักดิ์ เมืองโพศาล, 2557)

ด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี
(ร้อยละ 44.8) และรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพเท่ากับ
กับบุคคลวัยเดียวกัน ร้อยละ 54.1 ซึ่งจากการศึกษาการ
รับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งที่เป็นการศึกษาใน
ชุมชน และจากการสำรวจสถานการณ์การบริการ
ทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการ
ศึกษาในระดับประเทศของไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่
รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลางร้อยละ 39.3-
41.1 รองลงมาคือรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดีร้อยละ
30.5-34.4 และผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองใน
ระดับแย่มากร้อยละ 1.4-2.5 ตามลำดับ (ศูนย์สมเด็จ
พระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2550) และ
การศึกษาของบานเออจี เพอร์ ทราน และอาราแพท
(Banerjee, Perry, Tran, & Arafat, 2010) พบว่าผู้สูง
อายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ
53.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพนี้อธิบายได้จากการที่กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งยังเป็นวัยที่มีการ
เปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุไม่เด่นชัด การ
ทำงานของร่างกายในระดับกำลังสำรองในวัยนี้ยัง
สามารถชดเชยการเปลี่ยนแปลงได้ ในขณะที่การ
เปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราทั้งทางด้านร่างกาย
และจิตใจจะพบชัดเจนมากขึ้นในผู้สูงอายุวัยกลางและ
วัยปลาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

ด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้
อุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 13 และอุปกรณ์ทางการแพทย์
ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้คือ ฟันปลอม (ร้อยละ 7.4)
และไม้เท้า (ร้อยละ 4.1) ซึ่งต่างจากการศึกษาของวิมล
วงศ์หนู (2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์
ถึงร้อยละ 45.9 ซึ่งชนิดอุปกรณ์การแพทย์หรือ
เครื่องช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุใช้ได้แก่ แวนตา ไม้เท้า และ
ฟันปลอม ร้อยละ 33.5, 22.0 และ 8.6 ตามลำดับ และ
การศึกษาของดาสุวรรณค์ บุญมณี (2556) ที่พบว่าผู้สูงอายุ
ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ร้อยละ 45.3 ชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้
มากที่สุดคือแวนตา ร้อยละ 27.4 รองลงมาคือฟันปลอม
ร้อยละ 9.5 จากผลการศึกษามีความแตกต่างกันนี้อาจ
จะอธิบายได้ว่าอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือเครื่องช่วย
เหลือที่ผู้สูงอายุใช้มีความสัมพันธ์กับโรคที่ผู้สูงอายุมีอยู่
รวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูง
อายุที่มีปัญหาใดเกี่ยวกับตัวเองก็จะหาเครื่องช่วยเหลือ
เพื่อให้การมีชีวิตอยู่มีความสมบูรณ์มากขึ้น ดังนั้นใน
การดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนควรคำนึงถึงประเด็นนี้ด้วย
(ดาสุวรรณค์ บุญมณี, 2556)

โรคประจำตัว ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำ
ตัว (ร้อยละ 62.2) โดยโรคประจำตัว 3 อันดับแรกที่พบ
มากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.6) โรคเบา
หวาน (ร้อยละ 14.9) และโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 12.6)
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศดังนี้
การศึกษาของวิมล วงศ์หนู (2553) โรคเรื้อรังที่พบใน
ผู้สูงอายุที่ศึกษา 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคปวดข้อเข่า
(ร้อยละ 51.7) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 45.5) โรค
กระเพาะอาหาร (ร้อยละ 35.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ
27.7) และโรคต่อกระษาก (ร้อยละ 27.3) และจากการ
ศึกษาของดาสุวรรณค์ บุญมณี (2556) พบว่าผู้สูงอายุที่



ศึกษาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 71.0) ลักษณะของโรคและอาการเจ็บป่วยที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 27.9) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.3) และโรคกระเพาะอาหารอักเสบ (ร้อยละ 12.3) การศึกษาภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอเมริกันพบว่าโรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 48) โรคข้ออักเสบ (ร้อยละ 47) โรคหัวใจ (ร้อยละ 32) โรคเมเร็ง (ร้อยละ 20) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 16) (Somnath, 2009) รวมทั้งการศึกษาในต่างประเทศ เช่น เรื่องภาวะสุขภาพและปัญหาทางด้านสังคมของผู้สูงอายุในอินเดีย พบว่าโรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 59.1) โรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 41.3) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.3) (Lena et al., 2009) และการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในตุรกี พบว่าโรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 27.0) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 20.7) และโรคถุงลมโป่งพอง (ร้อยละ 9.3) (Kisa, 2014) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง จึงทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (The British Pain Society, 2007) การมีอายุมากขึ้นส่งผลให้เกิดโรคประจำตัวและภาวะทุพพลภาพตามมา (Charis, Luo & Heng 2014) จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งจากแนวคิดวิถีทางความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness trajectory model) ที่แสดงให้เห็นระยะการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินโรคของความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเกี่ยวข้องกับทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังควรมุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเอง และสามารถช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพให้มากที่สุด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการนอนหลับและการมองเห็น (ร้อยละ 21.1) รองลงมาคือปัญหาการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 14.1) และปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ (ร้อยละ 12.2) เมื่อเทียบกับการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (2549)

พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาการปัสสาวะบ่อย โรคทางสายตา ปัญหาการนอนไม่หลับ และจากการศึกษาของดาสวรรค์ บุญณณี (2556) พบว่าปัญหาการนอนหลับเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 67.0) รองลงมาคือปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 61.5) ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ (ร้อยละ 60.9) และอาการหลงลืม (ร้อยละ 59.2) เห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพสำคัญ ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการนอนหลับ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ระยะเวลาในการนอนจะสั้นลง ตื่นง่ายและหลับยาก รวมทั้งปัญหาด้านการมองเห็น ในวัยสูงอายุปฏิบัติการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวในการมองเห็นในสถานที่ต่างๆ ไม่ดี โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีมืดหรือเวลากลางคืน ลานสายตาลดลง ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุการหกล้มตามมาได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ดังนั้นในการดูแลผู้สูงอายุการประเมินปัญหาสำคัญจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอยู่อาจมีผลกระทบให้เกิดอีกหลายปัญหาตามมาได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีการกลืนปัสสาวะไม่ได้ และปัญหาการมองเห็น อาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหานี้ ดังนั้นในการให้ความสำคัญแก่ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่พบบ่อย จึงเป็นการช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบต่างๆ ที่อาจตามมา เช่น ภาวะทุพพลภาพ หรือเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ดาสวรรค์ บุญณณี, 2556)

ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาน้อย หรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก (ร้อยละ 96.3) ส่วนด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพา (ร้อยละ 79.3) สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก ร้อยละ 98.38 เนื่องจากจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งมีความเสื่อมของร่างกายจากกระบวนการชราอ่อน จึงสามารถดูแลตนเองและทำงานได้ (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2532 อ้างถึงใน



จตุพร วัชรวงษ์ไพบูลย์, 2552) อย่างไรก็ตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนว่าดีหรือไม่ จะพิจารณาจากความสามารถในการทำหน้าที่หรือความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้แม้ว่าจะมีโรคเรื้อรังหลายโรค การทำหน้าที่ได้หรือไม่ได้ ใช้เป็นการตัดสินคุณภาพชีวิตได้ดีกว่าการมีโรค (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2. สุขภาพจิต

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 98.9) และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 1.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิมล วงศ์หนู (2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 70.7) และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 22.9) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความแตกต่างตามบริบทต่างๆ เช่น จากการศึกษาของชัตเจน จันทรพัฒน์ (2543) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 61.7 โดยในจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 21.7 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 2.5 การศึกษาของผ่องพรรณ อรุณแสง (2552) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.1 โดยในจำนวนนี้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 31.0 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 7.7 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 3.4 จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข หรือซึมเศร้าตามมา (นภา พวงรอด, 2558) อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะของโรค และการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมานานยังมีความ

กังวลใจในค่ารักษาพยาบาล กลัวตาย กลัวไม่มีใครดูแลครอบครัว และครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่น้อย ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยออกจากบ้าน ไม่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือเพื่อป้องกันก่อนที่จะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น โดยต้องรู้ปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุแล้วให้การอธิบายแก่ผู้สูงอายุและญาติในการช่วยป้องกันปัจจัยดังกล่าวต่อไป (วิมล วงศ์หนู, 2553)

3. สุขภาพทางสังคม

แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรสาว (ร้อยละ 55.6) มีผู้ดูแลหลักคือบุตร (ร้อยละ 76.7) โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักมีงานทำประจำ (ร้อยละ 79.3) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ (2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับบุตร (ร้อยละ 96) และได้รับการเกื้อกูลจากบุตร (ร้อยละ 80) เนื่องจากในชนบทอีสานมักอยู่เป็นครอบครัวขยาย และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแลจากการศึกษามีความคล้ายคลึงกับการศึกษาภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุมีผู้ดูแล และผู้ที่ให้การดูแลมากที่สุดเป็นบุตร รองลงมาคือ คู่สมรส (วิมล วงศ์หนู, 2553) เห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลและสนับสนุนทั้งที่เจ็บป่วยและไม่มีการเจ็บป่วย ด้วยถือว่าครอบครัวผู้สูงอายุเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวบนพื้นฐานของค่านิยมทางสังคมในเรื่อง “ความกตัญญู” (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2554)

แหล่งสนับสนุนทางการเงิน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตร (ร้อยละ 73.0) การจัดการกับค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้ (ร้อยละ 68.5) และไม่มีกังวลเรื่องการเงิน (ร้อยละ 69.3) สอดคล้องกับการศึกษาของดาสวรรค์ บุญมณี (2556) พบว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุมากที่สุดพบมากกว่าครึ่งคือ บุตร ร้อยละ 63.7 รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถจัดการกับค่ารักษาพยาบาลได้ถึงร้อยละ 96.6 ในขณะที่การศึกษาของวิมล วงศ์หนู (2553) พบว่าแหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุมาจากแหล่งต่างๆ ดังนี้ จาก



รัฐบาลและชุมชน ร้อยละ 96.7 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 87.1 จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีแหล่งสนับสนุนด้านการเงินที่สำคัญ คือ จากบุตร เนื่องจากโครงสร้างการถือถือของครอบครัวยังมีความเข้มแข็ง รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร รวมทั้งแหล่งสนับสนุนด้านการเงินที่สำคัญอีกด้านมาจาก รัฐบาลและชุมชน จากระบบการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะการจ่ายเบี้ยยังชีพยังมีความครอบคลุมมากขึ้น

แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจ (ร้อยละ 96.7) และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยเมื่อกังวลใจ (ร้อยละ 95.9) สอดคล้องกับการศึกษาของวิมล วงศ์หนู (2553) พบว่าผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ร้อยละ 92.8 และมีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจ มีบุคคลที่สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวล ร้อยละ 81.3 รวมทั้งการศึกษาของมองพรรณ อรุณแสงและคณะ (2552) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านจิตใจ สามารถพูดคุยเมื่อเกิดความวิตกกังวล ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 53.90 จากการศึกษาเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังได้รับการดูแลและสนับสนุนทางด้านจิตสังคมที่ดีจากบุคคลใน

ครอบครัว ดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงประเด็นด้านผู้ดูแลหลักหรือบุคคลในครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทของจังหวัดศรีสะเกษ
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุลดความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาภาวะสุขภาพในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน ที่สามารถเปรียบเทียบในบริบทที่ศึกษา
2. ควรศึกษาภาวะสุขภาพในแต่ละประเด็นสุขภาพในเชิงลึก เพื่อการพัฒนาการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับประเด็นปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

จตุพร วัชรวงษ์ไพบูลย์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-99.

ชิตเจน จันทรพัฒน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ชูโดอะ สตาปอ. (2552). การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดาสวรรค์ บุญมณี. (2556). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมโหสถ สาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 2(1), 63-74.
- นารินทร์ จิตรมนตรี. (2554). ระบบการดูแลและระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ. ใน *วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (หน้า 315-343). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ปิ่นนเรศ กาศอดม, คณิศร แก้วแดง, ธีสมน นามวงษ์. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุปินดี, ปัทมา สุจริต, อัมพรพรรณ ธีรานูตร, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, ศรีเทียน ตริศิริรัตน์, เจียมจิต แสงสุวรรณ, และประสพสุข ศรีแสนปาง. (2552). *รายงานการวิจัยภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภารดี นานาศิลป์. (2558). แขนความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือใคร อายุหรือปัจจัยใดช่วยกำหนด. *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ), 156-162.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. นครปฐม: บริษัทพรินท์เทอร์ จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พรินติ้งแอนพับลิชชิง.
- วิมล วงศ์หนู. (2553). *ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2557). *การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2545). ผู้ดูแล. ใน *สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (บรรณาธิการ). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *รายงานการวิจัยสถานการณ์บริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, และวิพุธ พูลเจริญ. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: บริษัทโฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2552). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- Banerjee, D., Perry, M., Tran, D., & Arafat, R. (2010). Self-reported health, functional status and chronic disease in community dwelling older adults: Untangling the role of demographics. *J Community Health*, 35, 135-141.



- Charis, W. L., Luo, N., & Heng, B. H. (2014). Health status profiles in community-dwelling elderly using self-reported health indicators: a latent class analysis. *Qual Life Res*, 23, 2889-2898.
- Kisa, S. (2014). Health Status of Elderly Women in Turkey. *Ageing Int*, 39, 46-54.
- Lena A. et al. (2009). Health and social problem of the elderly: a cross-sectional study in Udipi Taluk, Karnataka. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(2), 131-134.
- Saxena et al. (2012). Health status of elderly-a community based study. *Indian Journal of Community Health*, 24(4), 269-274.
- Somnath Pal. (2009). Health status and health care of elderly Americans. *US Pharm*, 34(6)
- The British Pain Society. (2007). *Guidance on: The assessment of pain in older people*. Retrieved January 5, 2009, from <http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment>.

Translated Thai References

- Watcharawongpaiboon, C. (2009). *Factor related to disability and dependency of older persons with Leprosy*. Master of Nursing Science Thesis in Gerontological Nursing, Graduate School Khon Kaen University. (In Thai)
- Tongdee, J., Rongmuang, D., Nakchatree, C. (2012). Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22(3), 88-99. (In Thai)
- Jantarapat, C. (2000). *The Relationship between selected factors and depression of hospitalized elderly*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Prince of Songkla University. (In Thai)
- Stapor, S. (2009). *Health status of elderly in muang distric, Narathiwat province*. Master of Public Health. Faculty of Public Health Burapha University. (In Thai)
- Bounmany, D. (2013). *Health profile of hospitalized older persons in Mahosot hospital, Lao People Democratic Republic*. Master of Nursing Science Thesis in Gerontological Nursing, Graduate School Khon Kaen University. (In Thai)
- Paungrod, N. (2005). The Study on depression in Nonthaburi province elderly. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2(1), 63-74. (In Thai)
- Gadudom, P., Kaewdang, K., Namwong, T. (2007). *Health behaviors of the elderly in the eastern region of Thailand*. Chanthaburi : Nursing at King Prajadhipok's Institute, Chanthaburi. (In Thai)
- Aroonsang, P., Sritanyarat, W., Lertrat, P., Subindee, S., Surit, P., Theeranut, A., Silarat, M., Trisirirat, S., Saengsuwan, J., Srisanpang, P., (2009). *Health profile of older persons in health care institute and in community*. Faculty of Nursing : Khon Kaen University. (In Thai)
- Nanasilp, P. Gerontological Nursing's Core Knowledge: Who are the older persons, determinant by age or other factors? *Nursing Journal*, 42(Supplement), 156-162. (In Thai)



- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2016). Situation of the Thai elderly 2016. Nakornpathom : Printery Co., LTD. (In Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2014). Situation of The Thai Elderly 2014. Bangkok : Amarin. (In Thai)
- Wongnoo, W. (2014). Health profile of hospitalized older persons in a community hospital. Master of Nursing Science Thesis in Gerontological Nursing Graduate School Khon Kaen University. (In Thai)
- Muangpaisan , V. (2014). Nutritional Management in the Elderly. Bangkok: Parbpim Printing. (In Thai)
- Siriboon , S. (2002). Caregiver. In Jitapunkul, S., Chayovan, N., Yodpet, S. Elderly in Thailand: An extemsive review of current data and situation, policy and research suggestion. Babgkok : Chulalongkorn University. (In Thai)
- Institute Of Geriatric Medicine Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2007). Bangkok : The Agrocultural Co-operative Federation of Thailand., LTD. (In Thai)
- Jitapunkul, S. (2001). Principles of geriatric medicine. Bangkok : Chulalongkorn University. (In Thai)
- Jitapunkul, S., Suriyawongpaisarn, P., (1999). Health problems of the elderly in Thailand. Bangkok : Holistic Publishing Co., LTD. (In Thai)
- Bureau of Dental Health Department of Health : Ministry of Public Health. (2013). *Oral Health Survey 7th 2012*. Bangkok : *The War Veterans Organization of Thailand*. (In Thai)
- Chirawatkul, A. (2009). *Statistics for health science research*. Bangkok : Witthayaphat Co., Ltd. (In Thai)