



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ตำบลเสาธง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Development of Health Promotion Innovation for
Dependent Eldery in Saotong Sub-District, Ronphibun District,
Nakhon Si Thammarat

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์

โสภา ชิตพิทักษ์

มโนรส บริรักษ์อราวินท์

ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

ชื่อโครงการ การพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาชิง
อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

แหล่งเงิน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ **ประจำปีงบประมาณ** 2561

ระยะเวลาทำการวิจัย 1 ปี ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2562

ผู้วิจัย นางสาวหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ นางโสภา ชิตพิทักษ์ และนายมนโรส บริรักษ์อรวิวิท

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างมีระบบจากทะเบียนผู้มารับบริการที่ รพ.สต.บ้านสระพัง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามผู้สูงอายุแบบองค์รวม ได้แก่ข้อมูลทั่วไป การประเมินสุขภาพ การประเมินสติปัญญา การประเมินด้านสังคม การประเมินศักยภาพของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.8 และกลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.2 ปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่พบมากที่สุดของกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงคือการเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า พบร้อยละ 100.0 ปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 77.8 ด้านการได้ยินร้อยละ 66.7 ปัญหาข้อเข่าเสื่อมและการเคลื่อนที่ร้อยละ 77.8 ไม่ได้ออกกำลังกายร้อยละ 55.6 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 77.8 และมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 55.6 และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการในด้านการส่งเสริมสุขภาพทางกายคือต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Research Title: The Development of Health Promotion Innovation for Dependent Elderly in Saotong Sub-District, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat.

Researcher: Hathairat Tunyarak Sopa Chitpetak and Manorot Borirakarawin

Faculty: Faculty of Science and Technology

Department: Nakhon Si Thammarat Rajabhat University

ABSTRACT

The objective of this research was to study conditions, problems and needs for health promotion of dependent elderly. Population study was the elderly who 60 year olds and over. The sample size calculation revealed 400 samples by systematic sampling technique from the register of patients in Ban Sa Phang health promoting hospital. The tools consist of questionnaires of personal information, health assessment, intelligence assessment, social assessment, assessing the potential of the elderly and quality of life questionnaire. The data are analyzed by average, standard deviation, frequency and percentage. The results showed that 97.8% of the sampling groups were social-bound and 2.2% was dependent elderly. The most prevalent problems in daily activities of dependent elderly were home movement, going up and down stairs, using toilets and wearing clothes found 100.0%, vision problems 77.8%, hearing problems 66.7%, knee osteoarthritis and movement problems 77.8%, not exercising 55.6%, not participating in community activities 77.8% and 55.6% of dementia. The physical health promotion needs of dependent elderly are equipment that helps increase the ability of the body movement. Which will help the elderly to carry out their daily lives more efficiently

Keywords : Health Promotion, Elderly

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความอนุเคราะห์จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติเป็นอย่างยิ่งที่ได้อนุมัติทุนอุดหนุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2561 ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนันท์ ธาตุทอง อธิการบดี ดร.สมปอง รักษาธรรมรอง อธิการบดี รองศาสตราจารย์ ดร.ปานจิต มุสิก คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุรศักดิ์ แก้วอ่อน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ในสถาบันวิจัยและพัฒนา ที่ให้ความอนุเคราะห์เวลาและออกหนังสือราชการต่าง ๆ ในการทำวิจัยในพื้นที่ ขอขอบพระคุณผู้คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย ทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นนอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านวาริน นุ่มนวล สาธารณสุขอำเภอร่อนพิบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสระพัง ตลอดจนบุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุขที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ร่วมให้ข้อมูลในพื้นที่วิจัย และขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจมาโดยตลอด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย รวมทั้งผู้ที่สนใจทั่วไป

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์
หัวหน้าโครงการวิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	I
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	II
กิตติกรรมประกาศ	III
สารบัญ	IV
สารบัญตาราง	VI
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ขอบเขตงานวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.5 นิยามศัพท์	3
บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
2.1 ความหมายและสถานการณ์ของผู้สูงอายุ	3
2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ	6
2.3 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	7
2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ	8
2.5 สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในไทย	12
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	16
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	16
3.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	17
3.3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล	20
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	21
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	21
บทที่ 4 ผลการวิจัย	22

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	49
5.1 สรุปผลการวิจัย	49
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	49
5.3 ข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม	52
ภาคผนวก	58
ภาคผนวก ก เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	59
ภาคผนวก ข เอกสารรับรองโครงการวิจัย	77
ประวัตินักวิจัย	79

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 ประชากรไทย ปี 2493 – 2593	5
4.1 กลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ	22
4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	23
4.3 ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง	23
4.4 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	24
4.5 อาชีพก่อนอายุ 60 ปีของกลุ่มตัวอย่าง	24
4.6 อาชีพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง	25
4.7 การอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง	25
4.8 ประวัติการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง	26
4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มศักยภาพ	26
4.10 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำแนกตามศักยภาพ	28
4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (IADL)	32
4.12 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (IADL) จำแนกตามศักยภาพ	33
4.13 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)	35
4.14 โรคและความเจ็บป่วยจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)	36
4.15 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน) จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	37
4.16 พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	40
4.17 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถามของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	41

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.18	ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	42
4.19	ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	42
4.20	ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตามความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	43
4.20	ผลการประเมินด้านสังคมของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	44
4.21	ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	46
4.22	ผลการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้ง โดยพบว่าประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 7.4 หรืออายุ 60 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 12 มีการคาดการณ์ว่า พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งหมายถึงมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 65 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วยโดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ, 2556) จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาบางกิจกิจกรรม ร้อยละ 13.8 และต้องการพึ่งพาทั้งหมดร้อยละ 0.9 โดยเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชายและเพิ่มขึ้นตามช่วงวัย ทั้งนี้ได้มีการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับต่าง ๆ และพบว่า โดยในปี 2552 มีผู้สูงอายุชายและหญิงประมาณ 60,000 และ 80,000 คนที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง ซึ่งต้องการผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแล และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 100,000 และ 140,000 คน ในปี 2562 (Srithamrongsawat, S., et al., 2009)

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และคณะ (2557) พบว่าต้นทุนต่อวันสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิงที่ไม่รวมค่าเสียโอกาสของญาติ พบว่า การดูแลผู้ที่มีภาวะระดับน้อย (Mild) มีต้นทุนเฉลี่ยวันละ 41 บาท ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง (Moderate) มีต้นทุนเฉลี่ยวันละ 64 บาท ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับมาก (Severe) มีต้นทุนเฉลี่ยวันละ 101 บาท หากคำนวณต้นทุนต่อวันรวมค่าเสียโอกาสของญาติ เพื่อแสดงค่าใช้จ่ายในกรณีที่ให้นักบริบาลทำหน้าที่ดูแลแทนญาติทั้งหมด โดยใช้ผลการสำรวจสัดส่วนเวลาของญาติและนักบริบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์และคณะ (2552) พบว่า ต้นทุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง (Moderate) มีต้นทุนเฉลี่ยเพิ่มเป็นวันละ 128 บาท ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับมาก (Severe) มีต้นทุนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 200 บาทซึ่งหากรับการบริการจากสถานบริบาลพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยค่อนข้างสูงประมาณ 15,000 – 52,500 บาทต่อเดือน (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ

, 2553) หากแต่การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลก็ยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนที่ควรเข้ารับบริการ จากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในสามจังหวัด คือ กาฬสินธุ์ เลย และนครศรีธรรมราช พบว่า ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการมานานแล้ว กลับมีผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเลยภายหลังจำหน่ายร้อยละ 60, 20, และ 75 ในแต่ละจังหวัดตามลำดับ ส่วนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดให้บริการเชิงรุกในชุมชนมีผู้รายงานว่าไม่ได้รับการร้อยละ 20, 5, และ 28 ตามลำดับ (จเร วิชาไทย และคณะ, 2553)

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในอนาคต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายไปในทางที่เสื่อมสภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2005) ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ซึ่งมีการศึกษาบางส่วนที่พบว่าผู้สูงอายุบางรายไม่ให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองเท่าที่ควรเพราะเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติ การดูแลตนเองตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพไม่ได้ช่วยให้หายจากภาวะเจ็บป่วยได้ ทำให้ปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพทวีความรุนแรงขึ้น (Berman and Iris, 1998)

ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อลดอัตราการเกิดโรคต่าง ๆ และยังช่วยป้องกันโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อมและยังช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ได้ จากที่ผู้วิจัยพัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างและส่วนบนมากขึ้น มีความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมไปถึงความอ่อนตัวมากขึ้น (หทัยรัตน์, 2559) และกระบวนการวิจัยดังกล่าวทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหันมาให้การสนับสนุนการออกกำลังกายในผู้สูงอายุมากขึ้น โดยจัดทำเป็นลานสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน แต่นวัตกรรมดังกล่าวเหมาะสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและมีอุปสรรคในการเคลื่อนย้าย ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนานวัตกรรมให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นอีกกลุ่มที่การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขค่อนข้างมีข้อจำกัด ไม่สะดวกในการเดินทาง และหากผู้ดูแลไม่ได้ใส่ใจและไม่มีเวลาในการดูแลอย่างเพียงพออาจส่งผลให้มีความเสื่อมของสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งนวัตกรรมนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยลดต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุและยังช่วยชะลอความรุนแรงของโรคได้ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยต่อเนื่องซึ่งในปีแรกเป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบนวัตกรรมต่อไปในปีที่ 2

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ขอบเขตงานวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีภูมิลำเนาอยู่ใน ตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ขอบเขตกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 372 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายของข้อมูลจึงได้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รับรู้สภาพปัจจุบันและปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ได้ทราบความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำนิยามศัพท์

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งในงานวิจัยชิ้นนี้ได้เน้นเรื่องการเพิ่มสมรรถนะทางด้านร่างกายเป็นหลัก

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาชิง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราชครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความหมายและสถานการณ์ของผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ
3. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ
5. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในไทย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายและสถานการณ์ของผู้สูงอายุ

ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุนั้นมีหลากหลายและมีความแปรเปลี่ยนไปตามอายุเฉลี่ยของการทำงานหรือสภาพร่างกายรวมทั้งสภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ซึ่งในหลาย ๆ ประเทศได้ใช้เกณฑ์ต่าง ๆ เหล่านี้ในการพิจารณาและการกำหนดการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุเริ่มต้นที่เป็นมาตรฐาน เพียงยอมรับโดยทั่วไปว่าหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วโดยส่วนใหญ่มักถูกอ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย กำหนดไว้หรือตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับบางประเทศ เช่น กลุ่มประเทศในภูมิภาคแอฟริกา ถูกเสนอให้ใช้ที่เกณฑ์อายุของบุคคล ตั้งแต่ 50 ปี หรือ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากยังมีอายุไม่ยืนยาวเท่ากับภูมิภาคอื่น ๆ (WHO, n.a อ้างโดย รศรินทร์ และคณะ, 2556) สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง “บุคคล” ซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society หรือ Aging Society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-Aged Society) โดยให้นิยามของระดับต่าง ๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย รวมทั้งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้ ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ (รติมา คชนันท์, 2561)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอันเนื่องมาจากการลดลงของอัตราตายและอัตราเกิดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการเพิ่มของอัตราตายในวัยแรงงานจากการระบาดของโรค HIV/AIDS ในช่วงต้นทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 7.4 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 2 เท่าตัวในปี 2568 เป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.9 ล้านคน ซึ่งในปี 2573 คนไทยเกือบ 1 ใน 4 จะเป็นผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ที่สรุปแนวโน้มจำนวนประชากรทั้งประเทศว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ด้วยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578 จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 ของ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงนั้นมีสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย รายงานเดียวกันนี้เผยว่า ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยจะมีประชากรทั้งหมด 65.9 ล้านคน และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด โดยมีการจัดอันดับพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย อันดับที่ 1 คือ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 936,865 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 ของประชากรในจังหวัด อันดับที่ 2 นครราชสีมา จำนวน 400,496 คน คิดเป็นร้อยละ 15.22 อันดับที่ 3 เชียงใหม่ จำนวน 284,497 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 อันดับที่ 4 ขอนแก่น จำนวน 276,209 คน คิดเป็นร้อยละ 15.32 และอันดับที่ 5 นครศรีธรรมราช จำนวน 240,522 คน คิดเป็นร้อยละ 15.47 (Sanyasayan, 2018) ทั้งนี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประชากรไทย ปี 2493 – 2593

ปี	2493	2503	2513	2523	2533	2543	2553	2563	2573	2583	2593
จำนวนประชากรรวม (ล้านคน)	20.6	27.7	37.2	46.8	54.3	60.7	65.1	68	69.2	68.9	67.4
ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน (ล้านคน)	1	1.4	2	2.7	4.2	6.1	8.5	12.6	16.6	19.1	20.1
ร้อยละ	5	5.1	5.4	5.8	7.8	10.1	13	18.5	24	27.6	29.8

ตารางที่ 1 ประชากรไทย ปี 2493 – 2593 (ต่อ)

ปี	2493	2503	2513	2523	2533	2543	2553	2563	2573	2583	2593
ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน (ล้านคน)	0.08	0.09	0.14	0.22	0.34	0.6	1.1	1.6	2.3	3.7	4.7
ร้อยละ	0.4	0.3	0.4	0.5	0.6	1	1.6	2.4	3.3	5.3	7

ที่มา : สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุเกิดขึ้นกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ทั้งที่เห็นได้ด้วยตา และจากการสังเกตกิริยาอาการ เช่น ผิวหนังที่เหี่ยวแห้งและมีลักษณะหยาบกร้านมากขึ้น ผมบนศีรษะบางและยาวช้าลง กล้ามเนื้อฝ่อลีบมีแรงหดตัวน้อยลง ไม่สามารถทำงานออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว ฟันโยกคลอนและหัก กระดูกเปราะบางและหักได้ง่าย ชีพจรเต้นช้าลง เป็นลมง่ายเมื่อลุกขึ้นยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถเร็ว ๆ ขนาดของสมองฝ่อเหี่ยวลง ทำให้มีปัญหาด้านความจำและการตัดสินใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปแยกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change)

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เพิ่มขึ้น จนกระทั่งอายุ 30 ปีขึ้นไป พบว่า การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เริ่มลดน้อยลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อต่างๆ ในแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ทำให้จิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social Change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผลและการคิดเป็นไปในทางลบเพราะสังคมมักจะประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

มนุษย์มีการพัฒนาสมบูรณ์สูงสุดเมื่ออายุ 20 - 25 ปี จากนั้นประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและอวัยวะจะเริ่มถดถอยลงซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนเมื่อถึงวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจและโรคต่างๆ ซึ่งพบได้บ่อยกว่าในวัยอื่น ๆ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ได้แก่

1. ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ เบียดเบียน ทั้งโรคทางกาย และทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมองคือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า
2. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มียาได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ อาจจะไม่มียาที่อยู่อาศัย ทำให้ได้รับความลำบาก
3. ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อพัฒนาให้เหมาะกับวัยของตนเอง และเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่
4. ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบริวารแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการ อาจเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป
5. ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอทำให้รู้สึกว่าเหวและอาจจะมีควมวิตกกังวลต่างๆ เช่น กังวลว่าจะถูกลูกหลานและญาติพี่น้องทอดทิ้ง กังวลในเรื่องความตาย ผู้สูงอายุบางคนจึงมักมีอาการเปลี่ยนแปลงไป เช่น เศร้า เอาแต่ใจตนเอง
6. ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วงคือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรม ในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ที่เรียกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น แต่ในปัจจุบันครอบครัวคนไทย โดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแล และได้รับความอบอุ่นดังเช่นอดีตที่ผ่านมา

7. ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ปัจจุบันความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เยาวชนมีความกดดันที่ต่อพ่อแม่ ครูอาจารย์ น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชรา

ในอนาคตเป็นไปได้ว่าสังคมไทยจะเป็นสังคมที่ต่างคนอย่างอยู่ ไม่มีความเอื้อเฟื้อหรือดูแลซึ่งกันและกัน และอาจจะพบปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น ทั้งๆ ที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจากสังคม สังคมจึงควรตระหนักถึงความต้องการกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่สภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ซึ่งความต้องการของผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) แบ่งได้ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ต้องการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมดี ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันทีที่ ต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการการยอมรับ และเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าโดยสมาชิกในครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ

3. ความต้องการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตาสงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง) ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุเป็นการอธิบายการเกิดการสูงอายุของนักทฤษฎี ซึ่งแต่ละท่านก็มีสมมติฐานแตกต่างกันออกไป นั่นแสดงว่าการสูงอายุมีความซับซ้อนซึ่งยากที่จะอธิบายด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งได้ ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสาเหตุของการสูงอายุ (จारी, 2554; วิลาวลัย, 2555) สรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ

1.1 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theory) พบได้หลายทฤษฎี ได้แก่

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory) เชื่อว่าอายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุขัยไม่เท่ากัน ทั้งนี้ถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสพันธุกรรม สำหรับผู้หญิงจะมีอายุขัยยืนกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี และยิ่งพบว่าครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุขัยยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลให้รหัสพันธุกรรมเปลี่ยนไป ก็จะทำให้อายุขัยเปลี่ยนไปได้เช่นเดียวกัน

1.1.2 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic mutation theory) เชื่อว่าการสูงอายุเกิดจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA ซึ่งเป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น รังสีจะทำให้โครโมโซมผิดปกติมีจำนวนมากขึ้น จากการทดลองในหนูพบว่า หนูที่ไม่ได้รับรังสีก็จะเจริญเติบโต ตามปกติ และมีอายุขัยยาวนานกว่าเกือบ 1 เท่า รังสีทำให้เซลล์ชนิดที่สามารถแบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่าขึ้น เมื่อมีการผ่าเหล่าสะสมเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่เสียหายที่ของยีน และโครโมโซม จะทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ เซลล์จะตาย

1.1.3 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีการวิวัฒนาการอยู่เสมอ ๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไปข้างหน้าไม่ย้อนกลับ มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากแบบง่าย ๆ เป็นซับซ้อน ดังเช่น ของ ลามาร์ก ได้เสนอทฤษฎีของการวิวัฒนาการไว้ 2 ข้อ คือ 1.กฎแห่งการใช้และไม่ใช้ กล่าวไว้ว่า ลักษณะของสิ่งมีชีวิตผันแปรได้ตามสภาพแวดล้อม อวัยวะที่ใช้บ่อย ๆ ย่อมขยายใหญ่ขึ้น ส่วนอวัยวะที่ไม่ได้ใช้จะลดขนาด อ่อนแอลง และหายไปในที่สุด และ 2. กฎแห่งการถ่ายทอดลักษณะที่เกิดขึ้นใหม่ ลักษณะที่ได้มาใหม่หรือหายไปโดยอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม โดยการใช้และไม่ใช้ จะคงอยู่ และสามารถถ่ายทอดลักษณะที่เกิดขึ้นใหม่ไปสู่รุ่นลูกหลานต่อไปได้

1.1.4 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory) เชื่อว่าความสูงอายุถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนกำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ แก่ลงเมื่อถึงเวลาที่กำหนดให้ สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85 - 90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนาและเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

1.2 ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไป โดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมแต่อย่างใด ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) เชื่อว่าความเครียดและการได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใด ๆ ก็ตามทำให้เกิดความเสื่อมสลายของร่างกาย ซึ่งจะ

เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุของบุคคลนั้น ๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงจนถึงขั้นสุดท้ายของชีวิต

1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) เชื่อว่าความสูงอายุของเซลล์เกิดจากการคั่งค้างของของเสีย สะสมในเซลล์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงรูปร่างและเสียปฏิกิริยาทางเคมี ในการสร้างพลังงานและเซลล์อาจตายได้ การสะสมของเสียจากการเผาผลาญอาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีก จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองได้

1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) เชื่อว่าการเสื่อมของเซลล์ในร่างกายเป็นผลมาจากมีการสะสมของอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดจากปฏิกิริยาทางเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมันจึงเกิดการทำลายผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป ทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น

1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความสูงอายุเกิดขึ้นจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีนส่วนใหญ่จะพบการเชื่อมตามขวางมากที่สุดไนอีลาสตินและคอลลาเจน ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในร่างกายของสิ่งมีชีวิตที่เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างร่างกาย ช่วยพยุงและให้ความแข็งแรงเนื้อเยื่อเหล่านี้ จะพบมากในผิวหนัง เอ็น กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดหัวใจอัตรของการเชื่อมตามขวางจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่จะเกิดเร็วในช่วงอายุ 30-50 ปีขึ้นไป

1.2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัว (Stress and adaptation theory) เชื่อว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตาย และหากเผชิญกับภาวะเครียดบ่อย ๆ ก็จะทำให้เข้าสู่วัยชราได้เร็วขึ้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อาศัยอยู่ ได้แก่

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและสภาพจิตใจของผู้นั้น หากผู้สูงอายุเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความอบอุ่น มีความรักความเห็นใจผู้อื่น และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่เติบโตมากในลักษณะที่เข้ากับใครไม่ได้ ไม่มีใครเอาใจใส่ดูแล ผู้สูงอายุนั้นมักจะไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปรีดปรีอง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงความปรีดปรีองและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจ มีการค้นคว้าและพยายาม

ที่จะเรียนรู้ในเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ ซึ่งจะมีลักษณะนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีฐานะเศรษฐกิจที่ดีเป็นตัวช่วยเกื้อหนุน

2.3 ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) โรเบิร์ต เพค ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ วัยต้นอายุ 56 - 75 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้ง ทางกายภาพ และทางจิตสังคมซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ (Eliopoulos, 1995: 16) ได้แก่

2.3.1 Ego differentiation and work-role preoccupation เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับงานทำอยู่โดยจะรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าอยู่ต่อเมื่อบทบาทลดลงหรือเปลี่ยนไปจึงพอใจที่จะหาสิ่งอื่น ๆ มาทดแทน

2.3.2 Body transcendence and body preoccupation เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุยอมรับว่าสภาพร่างกายของตนถดถอยลงและชีวิตจะมีสุขถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้

2.3.3 Ego transcendence and Ego preoccupation เป็นความรู้สึกที่ยอมรับกฎเกณฑ์และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติ และยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกหวาดวิตก

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา

ทฤษฎีทางสังคมเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาท สัมพันธภาพ และการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีแนวคิดที่น่าสนใจ ได้แก่

3.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst ในปี 1960 (อ้างถึงใน ภาณุ อุดกลั่น, 2556) ได้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพและบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจะทำให้รู้สึกว่า ตนเองยังมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคม สารของทฤษฎีนี้อธิบายได้โดยสรุปว่า การมีกิจกรรมต่อสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การมีกิจกรรมที่พอเหมาะกับวัยของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็น

3.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นครั้งแรกราวปี 1950 กล่าวถึงผู้สูงอายุเกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคม ของ Elaine Cummings and William Henry (Eliopoulos, 1995: 16, Miller, 1995: 32-33 ,Yurick et. al.,

1989: 88-89) มีใจความว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (Gubrium, 1973 cited in Esberger and Hughes, 1989: 28) เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียดและรักษาพลังงาน พอใจกับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปเพื่อถอนสภาพและบทบาทของตนให้แก่ชนรุ่นหลัง ซึ่งระยะแรกอาจมีความวิตกกังวลอยู่บ้างในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปและค่อย ๆ ยอมรับการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมต่อไปได้ในที่สุด อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้อธิบายโดย กล่าวด้วยว่า โดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามผสมผสานอยู่กับสังคมให้นานเท่าที่จะทำได้เพื่อเป็นการรักษาสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ก่อนที่บทบาทของตนเองจะแคบลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น โดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะ ได้ว่า เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุถึงพอใจ เป็นสากลของทุกสังคม และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Bernice Neugarten และคณะ (Eliopoulos, 1995: 16, Neugarten et. al., 1968 cited in Miller, 1995:33) เพราะเหตุว่าทั้งทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีการถอยห่างไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมของผู้สูงอายุได้ นักทฤษฎีกลุ่มนี้เชื่อใหม่ว่า การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละช่วงวัยที่ผ่านมาและมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เข้ามาร่วมอธิบาย ได้แก่ แรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพ ความยืดหยุ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตนั้นปลายของ ผู้สูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์, 2537)

3.4 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะปรับบทบาทและสภาพต่าง ๆ หลายอย่างที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ซึ่งเป็นไปแบบวัยผู้ใหญ่ยอมรับบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์ในแบบผู้สูงอายุ และเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรส เนื่องจากการตายไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นต้น (ภาณุ อดกกลิ่น, 2556)

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในไทย

สถานการณ์การเพิ่มจำนวนอัตราผู้สูงอายุเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องเป็นที่มาของปัญหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยสูงอายุในสังคมไทย ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุนอกจากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงวัยตามความเสื่อมแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute,

2017) ส่งผลให้การจัดบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องจำแนกตามระดับการพึ่งพิง เป็นสามกลุ่ม คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) (National Health Security Office, 2016) ในปี 2552 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรงจำนวน 140,000 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็นสองเท่าหรือ 280,000 คนในปี 2567 ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงเป็นผลจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองและการเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจนอกร้านของสตรี ทั้งนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13 และจากการศึกษาภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเป็นรายพื้นที่โดยใช้เกณฑ์ความต้องการความช่วยเหลือในการป้อนอาหาร การแต่งตัว และ/หรือการอาบน้ำ พบว่าในเขตกรุงเทพฯ มีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงสุดซึ่งตรงกันข้ามกับในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงต่ำสุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2554)

ระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่สามารถช่วยเหลือบุคคล หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมุ่งบริการเน้นการฟื้นฟู บำบัดและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม มีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการผ่านบุคลากรที่มรสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบไม่เป็นทางการที่ดูแลผ่านบุคคลในครอบครัว หรือคนในชุมชน (National Health Security Office, 2016) ทั้งนี้การดูแลระยะยาวของประเทศไทยส่วนใหญ่ยังอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของครอบครัว นอกจากการดูแลของคนในครอบครัวแล้ว ผู้สูงอายุยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาคส่วนอื่นๆ ตามความสามารถและทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ การบริการและการสนับสนุนที่จัดสรรให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีหลากหลายรูปแบบ ครอบคลุมตั้งแต่บริการทางด้านการดูแลรักษาในโรงพยาบาล เชื่อมโยงจนถึงการรับบริการที่บ้าน โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ทำงานเชื่อมโยงประสานงานการดูแลทางด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคชุมชน และองค์กรต่างๆ ช่วยสนับสนุนโดยเฉพาะบริการทางด้านสังคมขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะบริการด้านสังคม บทบาทการมีส่วนร่วมที่สำคัญ คือ สนับสนุนงบประมาณเพื่อการดูแลนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และเป็นองค์กรหลักในการระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง เช่น กองทุน และกองทุนป่า (นุชลดดา ผลจันทร์, 2561)

นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

นวัตกรรม หมายถึง นวัตกรรมเป็นความคิด วิธีการ การกระทำหรือสิ่งใหม่ๆที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในสังคมหรือนำมาเพื่อปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพเดิม แม้ว่าความคิด วิธีการ การกระทำหรือสิ่งใหม่นั้นอาจจะเคยใช้ในสังคมอื่นได้ผลดีมาแล้วก็ตาม แต่ถ้านำมาใช้ให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในสังคมอีกแห่งหนึ่งก็จัดว่าเป็นนวัตกรรม (พยัต วุฒิรงค์, 2562)

ในปัจจุบันได้มีนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด เช่น “ซิท ทู สแตนด” นวัตกรรมเครื่องออกกำลังกาย ลุก-นั่ง ที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง สำหรับพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ (บรรยงค์ รุ่งเรืองด้วยบุญ และ สายรัก สะอาดไพร, 2560) ช่วยป้องกันทั้งอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต พาร์กินสัน อัลไซเมอร์ รวมถึงอาการบาดเจ็บจากการผ่าตัดบริเวณข้อหรือเข่า ฯลฯ ส่งผลให้มีปัญหาด้านการลุกยืน การทรงตัว และการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อารี พุ่มประไพวทย์ (2553) ได้ทำการศึกษาและพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งเตา อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าได้นวัตกรรมการดูแลตนเองด้านการสร้างเสริมสุขภาพ 4 เรื่อง คือ 1) นวัตกรรมด้านอาหาร คือยาไปไม้ 2) นวัตกรรมด้านการออกกำลังกายประกอบเพลงไทยสากล 3) นวัตกรรมการบริหารสมอง ด้วยการเล่นไพ่ การสวดมนต์และการนับเลขถอยหลัง และ 4) การผ่อนคลายความเมื่อยล้า โดยการนวดตัวเองด้วยอุปกรณ์ยางยืด

สมพร กันทรคุชฎี เตรียมชัยศรี (2556) ได้คิดค้น ริเริ่มและวิจัยนวัตกรรมสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพ และการเยียวยาผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบพอเพียง โดยนวัตกรรมนี้ ผสานแนวคิดและทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์จิตวิทยา สังคมศาสตร์ และศาสนศาสตร์ อาศัยการเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาทการควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหว จะทำให้การทำสมาธินั้นมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่นๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี มีการนำองค์ความรู้ทั้งเรื่องสมาธิ โยคะ ชี่กง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคการหายใจและการควบคุมประสาทสัมผัสทางตาและหู และการทำงานของตัวรับสัมผัสกล (Mechanoreceptors) ผสมผสานกันจนพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดแบบใหม่เพื่อช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น 7 เทคนิค เรียกว่า SKT 1-7 และจากการเผยแพร่ให้กับผู้ป่วยประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วประเทศพบว่า นวัตกรรมมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการ

สร้างเสริมสุขภาพที่ดี ปรับพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วย ลดปัญหาสุขภาพเช่น ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยในการเยียวยาโรคที่ยังหาสาเหตุไม่ได้ และส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทในโรคเรื้อรังและเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นองค์รวม (สมพร, 2557)

ภัทรธิดา ผลงาม. (ม.ป.ป.). ได้ทำการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดเลย ผลการวิจัยได้นวัตกรรม 3 รูปแบบคือนวัตกรรมด้านสุขภาพ นวัตกรรมด้านชีวิตสังคม และนวัตกรรมด้านเศรษฐกิจ

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และณฎภาวี ณะฤทธิ์. (2559) ได้พัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า เมื่อผู้สูงอายุได้ใช้นวัตกรรมการออกกำลังกายซึ่งสามารถออกกำลังกายได้หลายส่วนเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาติดต่อกัน 8 สัปดาห์พบว่าผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่างและส่วนบนมากขึ้น มีความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือดรวมไปถึงความอ่อนตัวมากขึ้น

นงนุช แยมวงษ์ (2557) ได้ศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 70 โดยโรคที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไตวานเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ผิวหนังแห้งมีผื่นคัน และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

จิณณ์ณิชา พงษ์ดี และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่า ปัญหาสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่ สายตาพร่ามัวส่วนปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่า และรับรู้ความต้องการด้านสุขภาพในส่วนทางด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลางมีความวิตกกังวลกลัวว่าลูกหลานจะทิ้ง ไม่ดูแล และ กลัวการเกิดโรคประจำตัว ด้านสังคม มีปัญหา การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง เนื่องจากสภาพร่างกายไม่แข็งแรง และ ด้านจิตวิญญาณ มีปัญหาถึงความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น

เมธาพร เมธาพิศาล อาคม บุญเลิศ และ เสาวนันทน์ บำเรอราช (2560) ได้ทำการศึกษาความต้องการผู้ดูแลในบ้านในมุมมองของผู้สูงอายุ เมื่อขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยใช้อุปกรณ์ พบว่าผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลช่วยเรื่องการเตรียมอาหารมากที่สุดเมื่อสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รองลงมาเป็นการช่วยในเรื่องของการทำความสะอาดบ้านและเสื้อผ้า ช่วยเตรียมและช่วยให้รับประทานยาตรงเวลา ซึ่งต้องการให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราชครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (R&D) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุในตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1,373 คน (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย, 2559) ซึ่งอาศัยอยู่ใน 8 หมู่บ้าน คือ หมู่ 1 บ้านควนรุษ, หมู่ 2 บ้านเสาชัง, หมู่ 3 บ้านป่าแขง, หมู่ 4 บ้านวังยาง, หมู่ 5 บ้านโคกคราม, หมู่ 6 บ้านท่าเจริญ, หมู่ 7 บ้านอ่าวโหนด และหมู่ที่ 8 บ้านควนบน

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane อังโน สัญญา รักษาติ, 2544) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่นัยสำคัญ 0.05

$$= \frac{1,823}{1+1,823(0.05)^2}$$

$$= 328.03 \text{ หรือ } 329 \text{ คน}$$

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 395 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายของข้อมูลจึงได้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยกำหนดคนแรกด้วยวิธีจำเพาะเจาะจงจากอันดับแรกในระบบทะเบียนผู้มารับบริการที่ รพ.สต.บ้านสระพัง แล้วนับเว้น 4 คน และเลือกคน

ถัดไปเป็นกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน ในพื้นที่ทั้ง 8 หมู่บ้านตามสัดส่วนของประชากรเพื่อวิเคราะห์ สภาวะการพึ่งพิง ปัญหาและความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์โดยประยุกต์มาจากคู่มือคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์, 2557) คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2556) และแบบ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉบับภาษาไทย (Oemar M and Janssen B., 2013) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือน อาชีพ ประวัติการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย

2.1 การประเมินสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสุขภาพทั่วไป การประเมินการรับรู้ ภาวะสุขภาพ การประเมินโรคและการเจ็บป่วย การประเมินปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน) และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 การประเมินสติปัญญา ได้แก่

2.2.1 การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ จาก 2 ตัวเลือก คือ “ไม่มี” และ “มี” ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า ปกติ ถ้าตอบ “มี” อย่าง น้อย 1 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าให้ประเมิน 9Q และคำถาม 9Q มี จำนวน 12 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้จาก 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และ เป็นทุกวัน โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นในข้อคำถามนั้น มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความถี่	คะแนน
ไม่มีเลย	0 คะแนน
เป็นบางวัน	1 คะแนน
เป็นบ่อย	2 คะแนน
เป็นทุกวัน	3 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมาย แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

คะแนน	การแปลผล
น้อยกว่า 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีระดับน้อยมาก
7-12	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, Mild)
13-18	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate)
มากกว่าหรือเท่ากับ 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับมาก (Major Depression, Severe)

2.2.2 การทดสอบสภาพสมอง โดยการใช้แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination : TMSE) ของกรมสุขภาพจิต (2561) ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยผู้ทดสอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 จะถือว่ามีความผิดปกติ

2.3 การประเมินด้านสังคม เป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาในมิติเหล่านี้หรือไม่ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ข้อ คือ ไม่ประสบปัญหา และ ประสบปัญหา โดยให้ระบุรายละเอียดของปัญหาที่เกิด

2.4 การประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (ความสามารถในการทำหน้าที่) ได้แก่

2.4.1 แบบประเมินความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอล (Barthel ADL index) เป็นแบบประเมินเพื่อการจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งประกอบด้วยแบบประเมิน 10 ด้าน (กรมอนามัย, 2555) ดังนี้

2.4.1.1 Feeding คือรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อย
ต่อหน้า

2.4.1.2 Grooming คือการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ใน
ระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

2.4.1.3 Transfer คือลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

2.4.1.4 Toilet use การใช้ห้องสุขา

2.4.1.5 Mobility การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

2.4.1.6 Dressing การสวมใส่เสื้อผ้า

2.4.1.7 Stair การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

2.4.1.8 Bathing การอาบน้ำ

2.4.1.9 Bowel การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2.4.1.10 Bladder การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ออกตามกลุ่มศักยภาพดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

2.4.2 แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2555) ได้แก่

2.4.2.1 การทำความสะอาด (Washing and cleaning)

2.4.2.2 การจัดเตรียมอาหาร (Cooking)

2.4.2.3 การซื้อสิ่งของใช้ (Shopping)

2.4.2.4 การติดต่อสื่อสาร (Communication & transport)

2.4.2.5 การจัดการด้านการเงิน (Financial management)

2.4.2.6 การจัดการรับประทานเอง (Financial management)

โดยเกณฑ์การประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้องมีการแปลผลดังนี้

แปลผล	คะแนนรวม IADL (เต็ม 12 คะแนน)
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	0 – 2
ภาวะพึ่งพารุนแรง	3 – 5
ภาวะพึ่งพานกลาง	6 – 8
ไม่เป็นภาวะพึ่งพา	9+

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย EuroQol Group (Oemar M, Janssen B., 2013) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามจากเจ้าของลิขสิทธิ์เป็นลายลักษณ์อักษร ID Number 27227 ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วยมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน เรียนหนังสือ ทำงานบ้าน กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือกซึ่งเรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด

3.2 แบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุดและ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเอง

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด

3. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร โดยศึกษากรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อประเมินสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ตรวจสอบเชิงเนื้อหาและแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญ
2. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอร้อยพันบุลย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตใช้พื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย
3. ประสานงานกับนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนักส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่วิจัย จัดประชุมเปิดใจทอล์กวิจัยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยทราบความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และหาผู้ช่วยเก็บข้อมูลภาคสนามในพื้นที่ โดยเลือกจากผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมเก็บข้อมูล
4. อบรมผู้ช่วยวิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยอธิบายให้ทราบความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย รวมทั้งอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการ และให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทดลองทำแบบเก็บข้อมูล
5. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบประเมินไปเก็บในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. ดำเนินการประชุมวางแผนการเก็บข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลภาคสนาม

2. ดำเนินการสำรวจเก็บข้อมูลงานวิจัย โดยลงพื้นที่เก็บข้อมูลศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. รวบรวมแบบประเมินพร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุด วิเคราะห์เบื้องต้นและลงพื้นที่สำรวจและสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

ระยะที่ 3 ระยะวิเคราะห์และสรุปผล โดย

การวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมาย และระดมความคิดในการออกแบบนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปผลการวิจัยปีที่ 1 รายงานและจัดประชุมถ่ายทอดเทคโนโลยีจากการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมาย และหน่วยงานสาธารณสุข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และลงนามในใบยินยอมในการทำวิจัย โดยโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NST PH 049/2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ

2. วิเคราะห์ศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเสาธง อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละ

3. วิเคราะห์ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลเสาธง อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเพื่อพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาชัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีที่ 1 เป็นศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ผลการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 55.7 เพศชายจำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	177	44.3
หญิง	233	55.7
รวม	400	100

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ย 75.94 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157.45 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.26 กิโลกรัม/ตารางเมตร ความยาวรอบเอวเฉลี่ย 84.43 เซนติเมตร ความดัน systolic blood pressure เฉลี่ย 128.18 มิลลิเมตรปรอท ความดัน diastolic blood pressure เฉลี่ย 77.54 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการเต้นของชีพจรเฉลี่ย 75.94 ครั้ง/นาที ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูล	Mean	S.D
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	75.94	10.04
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	157.45	8.27
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ม. ²)	23.26	4.27
รอบเอว (เซนติเมตร)	84.43	10.99
ความดัน Systolic (มม.ปรอท)	128.18	16.61
ความดัน Diastolic (มม.ปรอท)	77.54	9.52
ชีพจร (ครั้ง/นาที)	75.94	10.04

ในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.70 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 36.0 ช่วงอายุระหว่าง 80-89 ปี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 และช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3 ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 60 – 69 ปี	185	46.3
อายุ 70 – 79 ปี	144	36.0
อายุ 80 – 89 ปี	62	15.5
อายุ 90 ปีขึ้นไป	9	2.3
รวม	400	100.0
อายุเฉลี่ย (mean±S.D.)	71.70±7.70	

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 81.0 รองลงมาคือไม่ได้เรียนจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 และจบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษาสูงสุด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	53	13.3
ประถมศึกษา	324	81.0
สูงกว่าประถมศึกษา	23	5.8
รวม	400	100.0

อาชีพก่อนอายุ 60 ปี ของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือเกษตรกรรวม จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 31.8 รองลงมาคือ พ่อบ้าน/แม่บ้าน จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 รับจ้าง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 อาชีพอื่นๆ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 และรับราชการ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 อาชีพก่อนอายุ 60 ปีของกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพก่อนอายุ 60 ปี	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	3.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	72	18.0
รับจ้าง	59	14.8
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	88	22.0
เกษตรกรรวม	127	31.8
อื่นๆ	42	10.5
รวม	400	100.0

อาชีพหลักปัจจุบันของบกลุ่มตัวอย่าง พบมากที่สุดคือ พ่อบ้าน/แม่บ้าน จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3 รองลงมาคือ เกษตรกรรม จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 อาชีพอื่นๆ จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 15.5 รับจ้าง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 อาชีพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

อาชีพปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	31	7.8
รับจ้าง	32	8.0
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	165	41.3
เกษตรกรกรรม	110	27.5
อื่นๆ	62	5.5
รวม	400	100.0

ปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับครอบครัว จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 อยู่ 2 คน กับคู่สมรส จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 22.0 อยู่คนเดียว จำนวน 49คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 และอาศัยอยู่ที่อื่นๆ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

การอยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	49	12.3
อยู่ 2 คน กับคู่สมรส	88	22.0
อยู่กับครอบครัว	245	61.3
อื่นๆ	18	4.5
รวม	400	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัด จำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 และพบผู้มีประวัติเข้ารับการผ่าตัด เช่น สมอง สะโพก เข้า และอื่นๆ จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ประวัติการผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยผ่าตัด	330	82.5
เคยผ่าตัด	70	17.5
- สมอง	1	0.3
- สะโพก	1	0.3
- เข่า	1	0.3
- อื่นๆ	67	16.8

ผลการประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหาของผู้สูงอายุ

ในการประเมินสภาพปัจจุบันและปัญหาของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกายหรือการประเมินสุขภาพ การประเมินสติปัญญา การประเมินด้านสังคม การประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (ความสามารถในการทำหน้าที่) และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การประเมินด้านร่างกาย

1.1 ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

จากการวิเคราะห์ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ จำนวน 391 คน คิดเป็นร้อยละ 97.8 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม ขณะที่เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มศักยภาพ

กลุ่มศักยภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้	391	97.8
ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง	9	2.2
ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้	-	-
รวม	400	100.00

เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแบบสอบถามของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่าหัวข้อความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนียาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำแนกตามศักยภาพ ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อย ต่อหน้า) กลุ่มติดสังคม ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติจำนวน 375 คน คิดเป็นร้อยละ 95.9 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 และไม่พบผู้ที่ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ กลุ่มติดบ้าน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) กลุ่มติดสังคมทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) จำนวน 390 คน คิดเป็นร้อยละ 99.7 และความต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 กลุ่มติดบ้านทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 และความต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4

Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) กลุ่มติดสังคมทำได้เองจำนวน 366 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 และไม่พบผู้ที่ไม่สามารถนั่งได้ กลุ่มติดบ้าน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.44 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 ทำเองได้และไม่สามารถนั่งได้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

Toilet use (ใช้ห้องสุขา) กลุ่มติดสังคมช่วยเหลือตนเองได้ดี จำนวน 382 คน คิดเป็นร้อยละ 97.7 ทำเองได้บ้าง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3 และไม่พบผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลุ่มติดบ้าน ทำเองได้บ้าง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และไม่พบผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) กลุ่มติดสังคมเดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง จำนวน 362 คน คิดเป็นร้อยละ 92.6 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 6.6 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 และไม่พบผู้ที่ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง กลุ่มติดบ้านเดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และไม่พบผู้ที่เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) กลุ่มติดสังคมช่วยเหลือตนเองได้ดี จำนวน 383 คน คิดเป็นร้อยละ 98.0 ช่วยเหลือตนเองได้ร้อยละ 50 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 และไม่พบผู้ที่ต้องมี

คนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย กลุ่มติดบ้านช่วยเหลือตนเองได้ราวร้อยละ 50 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 และไม่พบผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี

Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) กลุ่มติดสังคมขึ้นลงได้เอง จำนวน 363 คน คิดเป็นร้อยละ 92.8 ต้องการคนช่วย จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ไม่สามารถทำได้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 กลุ่มติดบ้านไม่สามารถทำได้ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ต้องการคนช่วย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 และไม่พบผู้ที่สามารถขึ้นลงได้เอง

Bathing (การอาบน้ำ) กลุ่มติดสังคม อาบน้ำเองได้ 389 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และต้องมีคนช่วยหรือทำให้ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 99.5 กลุ่มติดบ้านต้องมีคนช่วยหรือทำให้ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 และอาบน้ำเองได้ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

Bowel (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) กลุ่มติดสังคมกลั่นได้ปกติ จำนวน 369 คน คิดเป็นร้อยละ 94.4 กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 กลั่นไม่ได้ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.1 กลุ่มติดบ้านกลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 กลั่นไม่ได้ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และกลั่นได้ปกติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2

Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) กลุ่มติดสังคมกลั่นได้เป็นปกติ จำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 91.3 กลั่นไม่ได้บางครั้ง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำนวน 4 คิดเป็นร้อยละ 1.0 กลุ่มติดบ้านกลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้และกลั่นไม่ได้บางครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 และกลั่นได้เป็นปกติ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

(Barthel ADL index) จำแนกตามศักยภาพ

กิจกรรมการประเมินการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้ เรียบร้อยต่อหน้า)				
1.1 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	0	0	1	11.1
1.2 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย	16	4.1	6	66.7
1.3 ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ	375	95.9	2	22.2

ตารางที่ 4.10 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำแนกตามศักยภาพ (ต่อ)

กิจกรรมการประเมินการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกน หวัด)				
2.1 ความต้องการความช่วยเหลือ	1	0.3	4	44.4
2.2 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ ให้)	390	99.7	5	55.6
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยัง เก้าอี้)				
3.1 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้อง ใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น	0	0.0	1	11.1
3.2 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คน ทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	4	1.0	3	33.3
3.3 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความ ปลอดภัย	21	5.4	4	44.4
3.4 ทำได้เอง	366	93.6	1	11.1
4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)				
4.1 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	0	0.0	2	22.2
4.2 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเอง ได้หลังชำระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	9	2.3	7	77.8
4.3 ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งหรือลงจากชักโครก ได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จชำระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	382	97.7	0	0.0

ตารางที่ 4.10 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำแนกตามศักยภาพ (ต่อ)

กิจกรรมการประเมินการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)				
5.1 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	0	0.0	2	22.2
5.2 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเซ็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	3	0.8	3	33.3
5.3 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	26	6.6	4	44.4
5.4 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	362	92.6	0	0.0
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)				
6.1 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้ หรือน้อย	0	0.0	1	11.1
6.2 ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50	8	2.0	8	88.9
6.3 ช่วยเหลือตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	383	98.0	0	0.0
7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)				
7.1 ไม่สามารถทำได้	3	0.8	5	55.6
7.2 ต้องการคนช่วย	25	6.4	4	44.4
7.3 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	363	92.8	0	0.0
8. Bathing (การอาบน้ำ)				
8.1 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	2	0.5	8	88.9
8.2 อาบน้ำเองได้	389	99.5	1	11.1

ตารางที่ 4.10 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำแนกตามศักยภาพ (ต่อ)

กิจกรรมการประเมินการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. Bowel (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)				
9.1 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ	2	0.5	3	33.3
9.2 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อ สัปดาห์)	20	5.1	4	44.4
9.3 กลั้นได้ปกติ	369	94.4	2	22.2
10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)				
10.1 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้	4	1.0	4	44.4
10.2 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)	30	7.7	4	44.4
10.3 กลั้นได้เป็นปกติ	357	91.3	1	11.1

เมื่อจำแนกศักยภาพตามการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันชั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (IADL) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะพึ่งพามากที่สุด จำนวน 352 คน คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมาคือกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาปานกลาง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 กลุ่มภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 และกลุ่มภาวะพึ่งพารุนแรง พบน้อยที่สุดจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.7 ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง (IADL)

กลุ่มศักยภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เป็นภาวะพึ่งพา	352	88.0
ภาวะพึ่งพาปานกลาง	25	6.3
ภาวะพึ่งพารุนแรง	11	2.7
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	12	3.0
รวม	400	100.00

จากการวิเคราะห์รายละเอียดในการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง (IADL) จำแนกตามศักยภาพ พบว่า ความสามารถในการใช้โทรศัพท์กลุ่มติดสังคม ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 73.1 ทำได้ถ้ามีคนช่วย จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 และไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 กลุ่มติดบ้านไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ทำได้ถ้ามีคนช่วย และทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

ความสามารถไปไหนมาไหนโดยใช้หรือไม่ใช้ยานพาหนะกลุ่มติดสังคมทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วยเหลือ จำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 ทำได้ถ้ามีคนช่วยเหลือ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 15.3 และไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 กลุ่มติดบ้านไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ทำได้ถ้ามีคนช่วยเหลือ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4และไม่พบผู้ที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วยเหลือ

ความสามารถเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้าในร้านค้าหรือร้านขายของชำกลุ่มติดสังคม ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย จำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 91.3 ทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 และไม่สามารถซื้อของได้เองเลย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3 กลุ่มติดบ้านไม่สามารถซื้อของได้เองเลย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และไม่พบผู้ที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย

ความสามารถในการหุงหา/อุ่นอาหาร กลุ่มติดสังคมทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย จำนวน 357 คน คิดเป็นร้อยละ 91.3 ทำได้โดยต้องมีคนช่วย จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ไม่สามารถเตรียมอาหารได้เลย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 กลุ่มติดบ้านไม่สามารถเตรียมอาหารได้เลย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ทำได้โดยต้องมีคนช่วย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และไม่พบผู้ที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย

ความสามารถในการจัดการเรื่องเงินหรือใช้จ่ายเงินที่ลูกหลานให้กลุ่มติดสังคม ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย จำนวน 363 คน คิดเป็นร้อยละ 92.8 ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ไม่สามารถจัดการเรื่องเงินทองได้เลย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 กลุ่มติดบ้านไม่สามารถจัดการเรื่องเงินทองได้เลย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 และไม่พบผู้ที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย

ความสามารถในการทำมาหากินด้วยตนเองกลุ่มติดสังคม ทำด้วยตนเองได้ทั้งหมด จำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 ต้องมีคนช่วยบางส่วน จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 และทำเองไม่ได้เลย/ ต้องมีผู้อื่นทำให้ทั้งหมด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 กลุ่มติดบ้านทำเองไม่ได้เลย/ต้องมีผู้อื่นทำให้ทั้งหมด จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ต้องมีคนช่วยบางส่วน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และไม่พบผู้ที่สามารถทำด้วยตนเองได้ทั้งหมด ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (IADL) จำแนกตามศักยภาพ

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ในกรณีที่ท่านมีโทรศัพท์ที่ท่านสามารถใช้โทรศัพท์ได้เองหรือไม่				
1.1 ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย	43	11.0	7	77.8
1.2 ทำได้ถ้ามีคนช่วย (สามารถพูดโทรศัพท์ได้หรือเรียกโอเปอเรเตอร์ในกรณีฉุกเฉินได้)	62	15.9	1	11.1
1.3 ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย (รวมทั้งการหาเบอร์โทรศัพท์และหมუნหมายเลขเองแต่ต้องมีคนช่วยหาเบอร์และหมუნเลขหมายให้)	286	73.1	1	11.1
2. ท่านสามารถไปไหนมาไหนโดยใช้หรือไม่ใช้ยานพาหนะ				
2.1 ท่านไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้	7	1.8	5	55.6
2.2 ทำได้ถ้ามีคนช่วยเหลือ (ต้องมีคนช่วยเหลือหรือเดินทางไปกับท่าน)	60	15.3	4	44.4
2.3 ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วยเหลือ	324	82.9	0	0.0

ตารางที่ 4.12 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มา
เกี่ยวข้อง (IADL) จำแนกตามศักยภาพ

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ท่านสามารถเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้าในร้านค้าหรือ ร้านขายของชำได้หรือไม่				
3.1 ไม่สามารถซื้อของได้เองเลย	9	2.3	7	77.8
3.2 ทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือ	25	6.4	2	22.2
3.3 ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย	357	91.3	0	0.0
4. ท่านหุงหา/อุ่นอาหารได้เองหรือไม่				
4.1 ไม่สามารถเตรียมอาหารได้เลย	13	3.3	6	66.7
4.2 ทำได้โดยต้องมีคนช่วย (สามารถเตรียมเครื่องปรุง บางอย่างได้)	21	5.4	3	33.3
4.3 ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย(สามารถทำ ได้ด้วย ตนเอง)	357	91.3	0	0.0
5. ท่านจัดการเรื่องเงินหรือใช้จ่ายเงินที่ลูกหลานให้ได้ หรือไม่				
5.1 ไม่สามารถจัดการเรื่องเงินทองได้เลย	6	1.5	8	88.9
5.2 ทำได้โดยต้องมีคนช่วย (สามารถจัดการเรื่องซื้อวัน ต่อวันได้แต่ต้องมีคนช่วยจัดการเรื่องการชำระเงินให้ท่าน)	22	5.6	1	11.1
5.3 ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย (จ่ายเงินสดด้วยตนเอง)	363	92.8	0	0.0
6. ท่านสามารถทำความสะอาดบ้านได้ด้วยตนเองหรือไม่				
6.1 ทำเองไม่ได้เลย/ ต้องมีผู้อื่นทำให้ทั้งหมด	12	3.1	7	77.8
6.2 ต้องมีคนช่วยบางส่วน	44	11.3	2	22.2
6.3 ทำด้วยตนเองได้ทั้งหมด	335	85.7	0	0.0

1.2 ผลการประเมินความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมสามารถมองเห็นได้ชัดเจน จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 64.5 เห็นไม่ชัด/มัว จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น ในส่วนของกลุ่มติดบ้าน พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาการมองเห็น

ไม่ชัด/มัว จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 สามารถมองเห็นได้ชัดเจนจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 22.2 และคนที่มองไม่เห็นพบแต่เฉพาะในกลุ่มติดบ้านเท่านั้นคิดเป็นร้อยละ 1.1 และพบว่าผู้สูงกลุ่มติดสังคมโดยส่วนใหญ่ได้ยินชัดเจน จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 ได้ยินไม่ชัดเจน จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 และไม่ได้ยินจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3 และในกลุ่มติดบ้านพบปัญหาการไม่ได้ยิน จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 1.1 ได้ยินไม่ชัดเจน จำนวน 5 คิดเป็นร้อยละ 55.6 และได้ยินชัดเจนจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และพบว่าความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินมีความสัมพันธ์กับการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

ความสามารถ	เกณฑ์ ADL		Chi-Square	
	กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน		
การมองเห็น	มองเห็นชัดเจน	252 (64.5)	2 (22.2)	0.000*
	เห็นไม่ชัด/มัว	139 (35.5)	6 (66.7)	
	มองไม่เห็น	-	1 (1.1)	
การได้ยิน	ได้ยินชัดเจน	315 (80.6)	3 (33.3)	0.002*
	ได้ยินไม่ชัดเจน	67 (17.1)	5 (55.6)	
	ไม่ได้ยิน	9 (2.3)	1 (1.1)	

*P-value < 0.05

1.3 โรคและความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มติดสังคมป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9 ไม่เป็นโรค จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 และไม่ทราบ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ขณะที่กลุ่มติดบ้านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 ไม่เป็นโรค จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 กลุ่มติดสังคมป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 16.1 ไม่เป็นโรคจำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 และไม่ทราบ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6 กลุ่มติดบ้านป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 ไม่เป็นโรค จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 กลุ่มติดสังคมป่วยเป็นโรคหัวใจ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ไม่เป็นโรค จำนวน 361 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3 และไม่ทราบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 กลุ่มติดบ้านป่วยด้วยโรคหัวใจ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 ไม่เป็นโรค จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 กลุ่มติดสังคมมีปัญหาข้อเสื่อม จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4 ไม่เป็น จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 และไม่ทราบ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 กลุ่มติดบ้านมีปัญหาข้อเสื่อม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ไม่เป็น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และพบว่าข้อเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 โรคและความเจ็บป่วยจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

โรคและความเจ็บป่วย	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Chi-Square	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความดันโลหิตสูง	มี/เป็น	156	39.9	4	44.4	0.916
	ไม่มี/ไม่เป็น	230	58.8	5	55.6	
	ไม่ทราบ	5	1.3	0	0	
เบาหวาน	มี/เป็น	63	16.1	1	11.1	0.807
	ไม่มี/ไม่เป็น	318	81.3	8	88.9	
	ไม่ทราบ	10	2.6	0	0	
โรคหัวใจ	มี/เป็น	16	4.1	1	11.1	0.508
	ไม่มี/ไม่เป็น	361	92.3	8	88.9	
	ไม่ทราบ	14	3.6	0	0	
ข้อเสื่อม	มี/เป็น	72	18.4	7	77.8	0.000*
	ไม่มี/ไม่เป็น	315	80.6	2	22.2	
	ไม่ทราบ	4	1.0	0	0	

1.4 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน)

จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มติดสังคมมีปัญหาการหกล้ม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 ไม่มีปัญหาจำนวน 363 คน คิดเป็นร้อยละ 92.8 และไม่ทราบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 กลุ่มติดบ้านมีปัญหาการหกล้ม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ไม่มีปัญหา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 กลุ่มติดสังคมมีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ไม่มีปัญหาจำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 กลุ่มติดบ้านมีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ไม่มีปัญหา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 และไม่ทราบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1 กลุ่มติดสังคมมีปัญหาท้องผูก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 ไม่มีปัญหาจำนวน 360 คน คิดเป็นร้อยละ 92.1 และไม่ทราบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 กลุ่มติดบ้านมีปัญหาท้องผูก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 ไม่มีปัญหา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 กลุ่มติดสังคมมีปัญหาการนอนหลับ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 ไม่มีปัญหาจำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 82.9 และไม่ทราบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 กลุ่มติดบ้านมีปัญหาการนอนหลับ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ไม่มีปัญหา จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 กลุ่มติดสังคมสูญเสียความจำ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ไม่เป็นจำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 79.3 และไม่ทราบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 กลุ่มติดบ้านสูญเสียความจำจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ไม่เป็น จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มติดสังคมมีปัญหาการรับประทานอาหาร จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ไม่มีปัญหาจำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 89.5 กลุ่มติดบ้านมีปัญหาการรับประทานอาหาร จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ไม่มีปัญหา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มติดสังคมมีปัญหาการเคลื่อนที่ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 ไม่มีปัญหาจำนวน 348 คน คิดเป็นร้อยละ 89.0 และไม่ทราบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 กลุ่มติดบ้านมีปัญหาการเคลื่อนที่ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ไม่มีปัญหา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และพบว่าปัญหาการกลืนปัสสาวะ ปัญหาท้องผูก ปัญหาการนอนหลับและการเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กับการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน) จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Chi-Square	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การหกล้ม	มี/เป็น	27	6.9	2	22.2	0.214
	ไม่มี/ไม่เป็น	363	92.8	7	77.8	
	ไม่ทราบ	1	0.3	0	0	

ตารางที่ 4.15 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน) จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ต่อ)

ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Chi-Square	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	มี/เป็น	41	10.5	3	33.3	0.000*
	ไม่มี/ไม่เป็น	350	89.5	5	55.6	
	ไม่ทราบ	0	0	1	11.1	
ท้องผูก	มี/เป็น	30	7.7	4	44.4	0.000*
	ไม่มี/ไม่เป็น	360	92.1	5	55.6	
	ไม่ทราบ	1	0.3	0	0	
การนอนหลับ	มี/เป็น	66	16.9	5	55.6	0.011*
	ไม่มี/ไม่เป็น	324	82.9	4	44.4	
	ไม่ทราบ	1	0.3	0	0	
การสูญเสียความจำ	มี/เป็น	80	20.5	3	33.3	0.637
	ไม่มี/ไม่เป็น	310	79.3	6	66.7	
	ไม่ทราบ	1	0.3	0	0	
การรับประทานอาหาร	มี/เป็น	41	10.5	3	33.3	0.065
	ไม่มี/ไม่เป็น	350	89.5	6	66.7	
	ไม่ทราบ	0	0	0	0	
การเคลื่อนที่	มี/เป็น	42	10.7	7	77.8	0.000*
	ไม่มี/ไม่เป็น	348	89.0	2	22.2	
	ไม่ทราบ	1	0.3	0	0	

*P-value < 0.05

1.5 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่ได้ทำบางครั้ง จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 58.8 ได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 30.2 และไม่ได้ทำเลยจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.0 พฤติกรรมการออกกำลังกายกลุ่มติดบ้านไม่ได้ทำเลย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ได้ทำบางครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

งานอดิเรกกลุ่มติดสังคมได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 ได้ทำบางครั้ง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 และ ไม่ได้ทำเลย จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.8 งานอดิเรกกลุ่มติดบ้านไม่ได้ทำเลย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100

พฤติกรรมการสูบบุหรี่กลุ่มติดสังคม ไม่ได้ทำเลย จำนวน 313 คน คิดเป็นร้อยละ 80.1 ได้ทำบางครั้ง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 และได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 พฤติกรรมการสูบบุหรี่กลุ่มติดบ้าน ไม่ได้ทำเลย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 และได้ทำบางครั้งจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

พฤติกรรมการดื่มสุรา กลุ่มติดสังคม ไม่ได้ทำเลย จำนวน 335 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 ได้ทำบางครั้ง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3 และได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1 พฤติกรรมการดื่มสุรา กลุ่มติดบ้าน ไม่ได้ทำเลย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.9 และได้ทำบางครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

การทานอาหารพอเพียงกลุ่มติดสังคม ได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 54.7 ได้ทำเป็นบางครั้ง จำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 43.7 และไม่ได้ทำเลย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 การทานอาหารพอเพียงกลุ่มติดบ้าน ได้ทำเป็นบางครั้งจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 และได้ทำสม่ำเสมอจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4

การทานผักผลไม้สม่ำเสมอกลุ่มติดสังคม ได้ทำสม่ำเสมอจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 64.5 ได้ทำบางครั้ง จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 และไม่ได้ทำเลย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.0 การทานผักผลไม้สม่ำเสมอกลุ่มติดบ้าน ได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 ได้ทำบางครั้งจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และไม่ได้ทำเลย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

การตรวจร่างกายสม่ำเสมอกลุ่มติดสังคม ได้ทำบางครั้งจำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 ไม่ได้ทำเลย จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2 และได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 30.2 การตรวจร่างกายสม่ำเสมอกลุ่มติดบ้าน ได้ทำบางครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.4 ไม่ได้ทำเลย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และได้ทำสม่ำเสมอ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2

การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนกลุ่มติดสังคม ได้ทำบางครั้งจำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 ได้ทำสม่ำเสมอจำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 และไม่ได้ทำเลย จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนกลุ่มติดบ้าน ไม่ได้ทำเลย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 และได้ทำบางครั้ง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 6 เดือน	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Chi-Square	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การออกกำลังกาย	ไม่ได้ทำเลย	43	11.0	5	55.6	0.000*
	ได้ทำบางครั้ง	230	58.8	3	33.3	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	118	30.2	1	11.1	
งานอดิเรก	ไม่ได้ทำเลย	89	22.8	9	100.0	0.000*
	ได้ทำบางครั้ง	170	43.5	0	0	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	132	33.8	0	0	
การสูบบุหรี่	ไม่ได้ทำเลย	313	80.1	8	88.9	0.617
	ได้ทำบางครั้ง	40	10.2	1	11.1	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	38	9.7	0	1	
การดื่มสุรา	ไม่ได้ทำเลย	335	85.7	8	88.9	0.745
	ได้ทำบางครั้ง	44	11.3	1	11.1	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	12	3.1	0	0	
การทานอาหารพอเพียง	ไม่ได้ทำเลย	6	1.5	0	0	0.026*
	ได้ทำบางครั้ง	171	43.7	5	55.6	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	214	54.7	4	44.4	
การทานผักผลไม้สม่ำเสมอ	ไม่ได้ทำเลย	4	1.0	1	11.1	0.828
	ได้ทำบางครั้ง	135	34.5	3	33.3	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	252	64.5	5	55.6	
การตรวจร่างกายสม่ำเสมอ	ไม่ได้ทำเลย	122	31.2	3	33.3	0.871
	ได้ทำบางครั้ง	151	38.6	4	44.4	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	118	30.2	2	22.2	
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	ไม่ได้ทำเลย	88	22.5	7	77.8	0.001*
	ได้ทำบางครั้ง	199	50.9	2	22.2	
	ได้ทำสม่ำเสมอ	104	26.6	0	0	

2. การประเมินด้านสติปัญญา

ในการประเมินสติปัญญา จะใช้วิธีการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 และ 9 คำถาม (กรณีที่พบความผิดปกติจาก 2 คำถาม) และการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ได้ผลดังนี้

2.1 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พบว่ากลุ่มติดสังคมไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าจำนวน 362 คน คิดเป็นร้อยละ 92.58 และมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 7.42 ขณะที่กลุ่มติดบ้านไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 และมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และพบว่าโรคซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถามของผู้สูงอายุจำแนกตามศักยภาพ

การคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q)	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Fisher's Exact Test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปกติ	362	92.58	7	77.78	0.149
มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็น โรคซึมเศร้า	29	7.42	2	22.22	

เมื่อนำกลุ่มติดสังคมจำนวน 29 คน และกลุ่มติดบ้านจำนวน 2 คนที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามาคัดกรองต่อด้วย 9 คำถาม (9Q) พบว่ากลุ่มติดสังคมมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อยมากจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90 เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 58.62 เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลางจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 27.52 และเป็นโรคซึมเศร้าระดับมากจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90 ขณะที่กลุ่มติดบ้านจำนวน 2 คนจัดอยู่ในกลุ่มที่เป็นโรคซึมเศร้าระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00 ซึ่งโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามของผู้สูงอายุจำแนกตามศักยภาพ

การคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 9 คำถาม (9Q)	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Chi-Square
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก	2	6.90	-	-	0.002*
เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย	17	58.62	-	-	
เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	8	27.59	-	-	
เป็นโรคซึมเศร้าระดับมาก	2	6.90	2	100.00	

*P-value < 0.05

2.2 ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดสังคมไม่พบภาวะสมองเสื่อมจำนวน 313 คน คิดเป็นร้อยละ 80.05 และพบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 19.95 ขณะที่กลุ่มติดบ้านพบภาวะสมองเสื่อมจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 ที่เหลือปกติจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 ซึ่งภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุจำแนกตามศักยภาพ

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Fisher's Exact Test
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปกติ	313	80.05	4	44.44	0.022*
มีภาวะสมองเสื่อม	78	19.95	5	55.56	

จากการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมองเสื่อมจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในด้านความรู้ความเข้าใจ ($p = 0.037$) ด้านการจดจำ ($p = 0.019$) ด้านความใส่ใจ ($p = 0.040$) และด้านการคำนวณ ($p = 0.44$) ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสัมพันธ์ตามความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้าน ความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุจำแนกตามศักยภาพ

การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		T-Test
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านการรับรู้ (Orientation)	5.58	1.09	3.33	2.69	0.037*
ด้านการจดจำ (Registraion)	2.94	0.41	1.56	1.42	0.019*
ด้านความใส่ใจ (Attention)	4.58	1.14	2.67	2.35	0.040*
ด้านการคิดคำนวณ (Calculation)	2.56	1.19	1.44	1.33	0.044*
ด้านภาษา (Language)	9.32	1.55	6.22	4.76	0.087
ด้านการระลึกได้ (Recall)	1.21	1.27	1.11	1.45	0.819

3. การประเมินด้านสังคม

จากการประเมินทางด้านสังคมของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน พบว่า กลุ่มติดสังคมไม่ประสบปัญหาด้านที่อยู่อาศัย 383 คน คิดเป็นร้อยละ 97.95 และประสบปัญหาจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.05 ขณะที่กลุ่มติดบ้านร้อยละ 100 ไม่ประสบปัญหาดังกล่าว กลุ่มติดสังคมไม่ประสบปัญหาด้านการมีงานทำและรายได้จำนวน 353 คน คิดเป็นร้อยละ 90.28 และประสบปัญหาจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.72 ขณะที่กลุ่มติดบ้านไม่ประสบปัญหาด้านการมีงานทำและรายได้จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 และประสบปัญหาจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22 กลุ่มติดสังคมไม่ประสบปัญหาด้านความมั่นคงส่วนบุคคลจำนวน 389 คน คิดเป็นร้อยละ 99.49 และประสบปัญหาจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ขณะที่กลุ่มติดบ้านร้อยละ 100.00 ไม่ประสบปัญหาด้านความมั่นคงส่วนบุคคล กลุ่มติดสังคมไม่ประสบปัญหาด้านครอบครัวจำนวน 388 คน คิดเป็นร้อยละ 99.23 และประสบปัญหาจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77 ขณะที่กลุ่มติดบ้านร้อยละ 100.0 ไม่ประสบปัญหาด้านครอบครัว กลุ่มติดสังคมไม่ประสบปัญหาด้านการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 382 คน คิดเป็นร้อยละ 97.70 และประสบปัญหาจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.30 ขณะที่กลุ่มติดบ้านไม่ประสบปัญหาด้านการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 88.89 และประสบปัญหาจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ซึ่งมีมิติทางด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ผลการประเมินด้านสังคมของผู้สูงอายุจำแนกตามศักยภาพ

การประเมินมิติด้านสังคม		กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Fisher's Exact Test
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มิติที่อยู่อาศัย	ไม่ประสบปัญหา	383	97.95	9	100.00	0.832
	ประสบปัญหา	8	2.05	-	-	
มิติการมีงานทำและรายได้	ไม่ประสบปัญหา	353	90.28	7	77.78	0.224
	ประสบปัญหา	38	9.72	2	22.22	
มิติความมั่นคงส่วนบุคคล	ไม่ประสบปัญหา	389	99.49	9	100.00	0.955
	ประสบปัญหา	2	0.51	-	-	
มิติครอบครัว	ไม่ประสบปัญหา	388	99.23	9	100.00	0.934
	ประสบปัญหา	3	0.77	-	-	
มิติการสนับสนุนทางสังคม	ไม่ประสบปัญหา	382	97.70	8	88.89	0.206
	ประสบปัญหา	9	2.30	1	11.11	

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 5 ด้านด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ได้ผลดังนี้

3.1 ด้านการเคลื่อนไหว พบว่ากลุ่มติดสังคมไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวจำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.51 มีปัญหาปานกลางจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.60 มีปัญหาอย่างมาก 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.53 ไม่พบคนที่เดินไม่ได้ ขณะที่กลุ่มติดบ้านไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 มีปัญหาปานกลางจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 มีปัญหาอย่างมาก 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และเดินไม่ได้จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 โดยคุณภาพชีวิตด้านการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 ด้านการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มติดสังคมไม่มีปัญหาด้านการดูแลตนเองจำนวน 374 คน คิดเป็นร้อยละ 95.65 มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.05 มีปัญหาปานกลางจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.53 มีปัญหาอย่างมาก 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ดูแลตนเองไม่ได้จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ขณะที่กลุ่มติดบ้านไม่มีปัญหาด้านการดูแลตนเองจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมีปัญหาปานกลางจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ

ละ 55.56 โดยคุณภาพชีวิตด้านการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.3 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ พบว่า กลุ่มติดสังคมไม่มีปัญหาในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำจำนวน 343 คน คิดเป็น 87.72 มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.18 มีปัญหาปานกลางจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.56 มีปัญหาอย่างมาก 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.02 มีปัญหาจนทำกิจกรรมไม่ได้จำนวน 2 คิดเป็นร้อยละ 0.51 ขณะที่กลุ่มติดบ้านไม่มีปัญหาในกิจกรรมที่ทำประจำจำนวน 1 คน คิดเป็น 11.11 มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมีปัญหาปานกลางจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.4 อาการเจ็บปวด พบว่า กลุ่มติดสังคมไม่มีปัญหาในอาการเจ็บปวดจำนวน 280 คน คิดเป็น 71.61 มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 24.04 มีปัญหาปานกลางจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.09 มีปัญหาอย่างมาก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.26

3.5 ความวิตกกังวล มีปัญหาจนทำกิจกรรมไม่ได้จำนวน 2 คิดเป็นร้อยละ 0.51 ขณะที่กลุ่มติดบ้านไม่มีปัญหาในกิจกรรมที่ทำประจำจำนวน 1 คน คิดเป็น 11.11 มีปัญหาเล็กน้อยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 และมีปัญหาปานกลางจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 โดยคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ผลการประเมินด้านสังคมของผู้สูงอายุจำแนกตามศักยภาพ

	คุณภาพชีวิต EQ-5D-5L	กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Chi-Square
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเคลื่อนไหว	ไม่มีปัญหา	322	82.35	1	11.11	0.000*
	มีปัญหาเล็กน้อย	45	11.51	-	-	
	มีปัญหาปานกลาง	18	4.60	1	11.11	
	มีปัญหาอย่างมาก	6	1.53	3	33.33	
	เดินไม่ได้	-	-	4	44.44	
การดูแลตนเอง	ไม่มีปัญหา	374	95.65	1	11.11	0.000*
	มีปัญหาเล็กน้อย	8	2.05	2	22.22	
	มีปัญหาปานกลาง	6	1.53	5	55.56	
	มีปัญหาอย่างมาก	2	0.51	-	-	

คุณภาพชีวิต EQ-5D-5L		กลุ่มติดสังคม		กลุ่มติดบ้าน		Chi-Square
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	ดูแลตนเองไม่ได้	1	0.26	1	11.11	0.000*
	ไม่มีปัญหา	343	87.72	1	11.11	
	มีปัญหาเล็กน้อย	32	8.18	2	22.22	
	มีปัญหาปานกลาง	10	2.56	5	55.56	
	มีปัญหาอย่างมาก	4	1.02	-	-	
	ทำกิจกรรมไม่ได้	2	0.51	1	11.11	
อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว	ไม่มีปัญหา	280	71.61	2	22.22	0.000*
	มีปัญหาเล็กน้อย	94	24.04	2	22.22	
	มีปัญหาปานกลาง	16	4.09	5	55.56	
	มีปัญหาอย่างมาก	1	0.26	-	-	
	มีปัญหามากที่สุด	-	-	-	-	
ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า	ไม่วิตกกังวลหรือซึมเศร้า	360	92.07	4	44.44	0.000*
	วิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย	29	7.42	2	22.22	
	วิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง	2	0.51	2	22.22	
	วิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก	-	-	1	11.11	
	วิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด	-	-	-	-	

จากการวิเคราะห์ผลการประเมินคะแนนสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มติดสังคมมีคะแนนเฉลี่ย 82.39 ± 11.82 โดยที่ผู้ประเมินคะแนนตัวเองน้อยที่สุดในกลุ่มนี้คือ 50 คะแนน และประเมินคะแนนตนเองมากที่สุดคือ 100 คะแนนเต็ม ขณะที่กลุ่มติดบ้านมีคะแนนเฉลี่ย 53.89 ± 11.67 โดยผู้ที่ประเมินคะแนนตัวเองน้อยที่สุดในกลุ่มนี้คือ 40 คะแนน และประเมินในตนเองมากที่สุดคือ 70 จาก 100 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มพบว่าผลการประเมินคะแนนสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ผลการประเมินคะแนนสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามศักยภาพ

กลุ่มศักยภาพ	จำนวน (n)	คะแนนสุขภาพ				T-Test
		mean	S.D.	Min	Max	
กลุ่มติดสังคม	391	82.39	11.82	50.0	100.0	0.000*
กลุ่มติดบ้าน	9	53.89	11.67	40.0	70.0	

ความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อค้นหาความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งหมายถึงกระบวนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม นั้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านการเคลื่อนที่ ปัญหาข้อเข่าเสื่อม ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และยังประสบปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันคือการเคลื่อนไหวภายในบ้าน การขึ้นลงบันได และการใช้ห้องสุขา ดังนั้นจึงมีความต้องการทางด้านร่างกาย โดยให้มีอุปกรณ์ช่วยพยุงและช่วยในการฝึกเดิน อุปกรณ์ช่วยในการทำกายภาพบำบัด อุปกรณ์ช่วยเพิ่มความสะดวกในเรื่องของการขับถ่าย และอุปกรณ์ที่ส่งเสริมในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุเนื่องจากกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเกินครึ่งไม่ได้ออกกำลังกาย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมเพื่อคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาชิง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีที่ 1 เป็นการศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในตำบลเสาชิง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.7 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 46.3 อายุเฉลี่ย 75.94 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.0 ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้านร้อยละ 41.3 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 61.3

2. สภาพปัจจุบันพบว่าการแบ่งกลุ่มตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.8 และกลุ่มติดบ้านหรือมีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 2.2

3. ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดของกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได และการใช้ห้องสุขา โดยพบร้อยละ 100.0 และมีปัญหาด้านการมองเห็นร้อยละ 77.8 มีปัญหาด้านการได้ยินร้อยละ 66.7 และยังพบปัญหาข้อเข่าเสื่อมและการเคลื่อนที่ร้อยละ 77.8 ไม่ได้ออกกำลังกายร้อยละ 55.6 ไม่มีงานอดิเรกร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 77.8 มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 55.6 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านสังคม และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มติดสังคม

4. ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต้องการอุปกรณ์ช่วยพยุงและช่วยในการฝึกเดิน อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกายภาพบำบัด อุปกรณ์ที่เพิ่มความสะดวกในเรื่องของการขับถ่าย และอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของจิณฉนิชา พงษ์ดีและปิยธิดา คูศิริบุญรัตน์ (2558) ที่ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยมีอายุเฉลี่ย 73.05 ปี อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุด และปัจจุบันไม่มีอาชีพ โดยเป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านเพียงอย่างเดียว

สอดคล้องกับรายงานการทำงานของผู้สูงอายุไทย 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประมาณ 7.29 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 64.2 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

จากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามกลุ่มศักยภาพจากดัชนีบาธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.8 และกลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.2 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับรายงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2561) ที่พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นร้อยละ 96.9 โดยส่วนมากจะอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้างในบางกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันร้อยละ 2 เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในทุกๆกิจกรรมของกิจวัตรประจำวันร้อยละ 1.1 หรือราวๆ 124,300 คน และสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช และพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชแบ่งได้เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.0 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.75 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.25 ทั้งนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำหรือดูแลตนเองได้หรือทำได้/ดูแลตนเองได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือเรียงจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ การกลั้นปัสสาวะ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้น-ลงบันได การลุกนั่งจากที่นอน เมื่อแยกตามกลุ่มศักยภาพ พบว่ากลุ่มติดบ้านมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนที่ภายในบ้าน การขึ้นลงบันได การใช้ห้องสุขา การลุกจากเตียงนอน การอาบน้ำและการกลั้นปัสสาวะ ทั้งนี้จิรวรรณ อินคัม (2558) ได้รายงานว่าเมื่อสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างในวัยสูงอายุที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เช่น ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อ detrusor บีบตัวลดลง กล้ามเนื้อหูรูดบีบรัดตัวไม่ดี ปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น การไหลออกของปัสสาวะถูกกีดขวางเพิ่มขึ้น และยังมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจล้มเหลวจากการมีน้ำคั่ง ข้ออักเสบ ซึมเศร้า และความบกพร่องทางสติปัญญา (Cognitive impairment) ถ้าผู้สูงอายุมีจำนวนโรคที่เกิดขึ้นมาก่อนหลายโรคจะยิ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่สูงขึ้น โดยจะพบในผู้สูงอายุเพศหญิงประมาณ 1 ใน 3 มากกว่าเพศชายที่พบเพียง 1 ใน 4 (วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ และปณิตา ลิมปวัฒน์, 2556) ขณะที่ทิวาพรและคณะ (2553) พบว่าจากความเสื่อมของร่างกายในวัยสูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการควบคุมการทรงตัว มีการจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหวเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้ม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งดูจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้กำลังกายลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายลดลงด้วย ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่ามีผู้สูงอายุเกินครึ่งที่ไม่ได้ออกกำลังกายทั้งนี้เนื่องมาจากข้อจำกัดทางด้านสุขภาพที่พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของดลนภา สร้างโรสง (2549) ที่พบว่าอุปสรรคในการออกกำลังกาย

กายของผู้สูงอายุแบ่งเป็นอุปสรรคจากปัจจัยภายในตนได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย ความเชื่อ/ความเข้าใจในการออกกำลังกายและความรู้สึกทางลบต่อการออกกำลังกาย และอุปสรรคจากปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้แก่ การมีภาระหน้าที่ รูปแบบกิจกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สถานที่และการเดินทางไม่เอื้ออำนวย และเมื่อผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกายก็จะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ลดลงและจะส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งการสูญเสียความเป็นอิสระในการทำกิจวัตรประจำวันอาจทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (สมฤทัย, 2556) เช่นเดียวกับรายงานของ Berg KO. และคณะ (1989) อ้างโดยทิวาพร ทวีวรรณกิจ และคณะ (2553) ว่าระบบต่าง ๆ เสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการควบคุมการทรงตัว มีการจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหว เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งดูจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้กำลังกายลดลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เนื่องจากการเดินทางไม่สะดวก ไม่มียานพาหนะในการไปเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่มีผู้พาไปเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของปาจริย์ ผลประเสริฐ และคณะ (2560) ที่พบว่าปัญหาที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ การไม่มีพาหนะในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือไม่มีผู้พาไปเข้าร่วมกิจกรรม และมีภารกิจในการดูแลลูกหลาน ดังนั้น จากการขาดการออกกำลังกาย ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้พบภาวะสมองเสื่อมเกินครึ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2559) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุคือการออกกำลังกาย ซึ่งพบภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมากที่สุดร้อยละ 27.1 ทั้งนี้ ความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปีพบร้อยละ 7.1 กลุ่มอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 14.7 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 32.5

ขณะที่ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือความต้องการเพิ่มความสามารถทางด้านร่างกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพื่อสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากขึ้น โดยต้องการอุปกรณ์ช่วยพยุงและช่วยในการฝึกเดิน อุปกรณ์ช่วยในการทำกายภาพบำบัด อุปกรณ์ช่วยเพิ่มความสะดวกในเรื่องของการขับถ่ายและอุปกรณ์ที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย สอดคล้องกับรายงานของส่วนอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2562) ที่ได้รายงานว่าผู้สูงอายุมีความต้องการเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ต้องการการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่เนื่องข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ดังนั้นหากมีอุปกรณ์ที่ช่วยเพิ่มความเคลื่อนไหวของร่างกายได้ก็จะช่วยให้การทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น และลดการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง

ข้อเสนอแนะ

การออกแบบนวัตกรรมควรมีความจำเพาะกับอาสาสมัคร เนื่องจากขนาดร่างกายและปัญหาความต้องการที่ต่างกันและควรขยายไปยังกลุ่มที่มีภาวะฟังกฟังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีแรก

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2561). แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination : TMSE). สืบค้นเมื่อ กรกฎาคม, 5, 2561 จาก <https://www.dmh.go.th/test/>
- กรมการแพทย์. (2557). **คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ**. พิมพ์ที่ ชุมชนุสสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด : กรุงเทพฯ.
- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี.6
- จเร วิชาไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วัชราริวัชโรทัย, สุภัทลยา คงสวัสดิ์, นทีรัตน์ ธรรมโรจน์, แพรวเอี่ยมน้อย, และพัฒนาวิไล อินใหม่. (2553). **การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ**. นนทบุรี. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จारी ศรีปาน. (2554). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร**. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- จิณณ์ณิชา พงษ์ดี และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 3(4) ตุลาคม – ธันวาคม. 561-576
- จิรวรรณ อินคัม. (2558). การกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ. **วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 22(1): 58-68.
- ดลนภา สว่างไสง. (2549). **ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ทิวาพร ทวีวรรณกิจ สุภัทลยา อมตฉายา พรธณี ปงสุวรรณ และลักขณา มาทอ. (2553). การทรงตัว การล้ม และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด**. 22(3): 271-279

- นงนุช แยม่วงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มา
รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. **วารสารการแพทย์และ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 21(1) : 37-44.
- นุชลดดา ผลจันทร์. (2561). ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย.
รายงานที่ตีอาร์ไอ. 2561(138): 4-5
- บรรยงค์ รุ่งเรืองด้วยบุญ และ สายรัก สะอาดไพร. (2560). เครื่องออกกำลังกายลูกนั่งตัวช่วยพิตแอนด์
เฟิร์มวัยเก่า. ค้นเมื่อ ธันวาคม 8, 2562, จาก <https://www.ryt9.com/s/tpd/2721486>.
- ประนอม โอทกานน์. (2537). **ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถาน
สงเคราะห์ผู้สูงอายุ**. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2555). **การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ. ใน: คู่มือการดูแลผู้สูงอายุจาก
สถานพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการพิมพ์
จำกัด; หน้า 73.
- ปารจีย์ ผลประเสริฐ. (2560). รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายชุมชนในการจัดกิจกรรมสำหรับ
ผู้สูงอายุ. **วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ**. สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงใหม่. 10(พิเศษ); กรกฎาคม-ตุลาคม 2560. 179-199.
- พยัคฆ์ วุฒิรงค์. (2562). **การจัดการนวัตกรรม : ทรัพยากร องค์การแห่งการเรียนรู้ และนวัตกรรม.
พิมพ์ครั้งที่ 2** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : กรุงเทพฯ.
- ภัทรธิรา ผลงาม. (ม.ป.ป.). **การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน:
กรณีศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดเลย**. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. นิพนธ์ต้นฉบับ.
- ภาณุ อดกลั่น. (2556). **ทฤษฎีการสูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ กรกฎาคม 8, 2561 จาก
<http://www.bcnu.ac.th/bcnu>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559**.
บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- เมธพร เมธาศิตล อาคม บุญเลิศ และ เสาวนันทน์ บำเรอราช. (2560). ความต้องการผู้ดูแลในบ้าน
ในมุมมองของผู้สูงอายุ เมื่อขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันโดย
ใช้อุปกรณ์. **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 32(6) : 591-595.
- รติมา คชนันท์. (2561). **สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย**. เอกสารวิชาการ
อิเล็กทรอนิกส์. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร: ISBN 22870520.

รศรินทร์ เกรย์ อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์ เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556).

มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ = New Concept of Older Persons : The Psycho-Social and Health Perspective.
นครปฐม : โรงพิมพ์เดือนตุลา.

วรวุฒิ สุวรรณระดา ศิริพันธุ์ สาสัตย์ นพพล วิทย์วรพงศ์ ภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2553). ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน : กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 10(2) : 152-166

วันทิน ศรีเบญจลักษณ์ และปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2556). ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ. **วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** 8(2): 82-92.

วิลาวัลย์ บริรักษ์ และ อรวรรณ ลอยฟู. (2555). **การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบล ห้วยพระ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม.** จุลนิพนธ์ตามหลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาวิชาการ จัดการธุรกิจทั่วไป คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). **โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.** นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย. (2559). **ตำบลเสาธง.** สืบค้นเมื่อ กรกฎาคม, 5, 2559 จาก <http://nakhonsithammarat.kapook.com/ร้อนพิบูลย์/เสาธง>

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2556). **คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ พ.ศ.2556.** พิมพ์ที่ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด : กรุงเทพฯ.

สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2556). **นวัตกรรมสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 43(3) : 215-217

สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2557). **การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์.

สมฤทัย พุ่มสลด และศศิมา กพุลานนท์. (2555). ผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ. ใน **การประชุมวิชาการแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 9** (หน้า 2385-2393). นครปฐม.

- สัญญา รักชาติ. (2544). **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงใหม่**. บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553. **รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแล ผู้สูงอายุในระยะ ยาวสำหรับประเทศไทย**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส. ผส.). บริษัท ที คิว พี จำกัด. กรุงเทพฯ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ศ.นพ. (2554). **สังคมสูงอายุ**. การประชุมสมัชชาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและ นวัตกรรมเพื่อการพัฒนา ครั้งที่ 9 “ประเทศไทยก้าวไกลก้าวทัน ก้าวหน้า” 10-12 มกราคม 2554 ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอานาชาติกรุงเทพฯ (ไบเทค) บางนา กรุงเทพฯ
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). **การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง**. สืบค้น 18 ธันวาคม 2562. จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/35697-การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง.html>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). **ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว**. ค้นเมื่อ กันยายน 26, 2561, จาก https://www.nesdb.go.th/ewt_w3c/ewt_news.php
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). **สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.2553**. สืบค้น 18 มิถุนายน 2562 จาก <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-10-01-56-T.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). **การทำงานของผู้สูงอายุปี 2560**. สืบค้น 18 ธันวาคม 2562. จาก www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N08-02-61-1.aspx
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึง ประสงค์ในผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **การเปลี่ยนแปลงและเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุ**. ค้นเมื่อ กันยายน 26, 2561, จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai>.
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และณุภาวี ณะฤทธิ. (2559). **การพัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. **วารสารวิชาการสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย**. 5(1):78-88.
- อาทิตยา สุวรรณ. (2559). **บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม**. **วารสารการ พยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 35(1) ; 6-15.

- อารี พุ่มประไวยุทธ์. (2553). การพัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งเตา
อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุ
ราษฎร์ธานี.
- อุทุมพร วงษ์ศิลป์ ถาวร สกกุลพาณิชย์ สันติ ลาภเบญจกุล และดิชพงศ์ พงศ์ภัทรชัย. (2557). ต้นทุน
ต่อวันสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.
8(4):344-354.
- Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI and Gayton D., (1989). Measuring balance in
elderly: preliminary development of an instrument. **Phys Ther Can.**
41:304-11
- Berman, R., and Iris, M. (1998). **Approaches to self-care in late life.** Qualitative
Health Research, 8(2), 224-236.
- Eliopoulos, C. (2005). **Gerontological Nursing (6th ed.).** Philadelphia: Lippincott.
41-42, 76–85.
- Esberger, K. K., & Hoghes, S. T. (1989). **Nursing care of the aged.** Norwalk: Appleton
and Lange.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017).
Situation of the Elderly 2016. Nakhonpatom: Printery Co., Ltd. (in Thai).
- Miller, C.A. (1995). **Nursing Care of Older Adult Theory and Practice.** 2 nd.ed.
Philladelphia: J.B. Lippincott,
- National Health Security Office. (2016). **Long Term Care.** Retrieved October 1, 2017
from http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookLTC.pdf (in Thai).
- Oemar M and Janssen B. (2013). **EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how
to use the EQ-5D-5L instrument.** Rotterdam: EuroQol Group.
- Sanyasayan. (2018). **Active aging design sangkom “karuna” phu sung wai plod
phara su okart.** สืบค้น 18 มิถุนายน 2562 จาก <https://www.realinspire.com/2018/active-aging-thailand/>

Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al., (2009). **Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand.**

Health care reform project: Thai-European Cooperation for Health.

World Health Organization (WHO). (n.a). **Definition of an older or elderly person:**

Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project.

from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

(Access : 2016, 25 Aug.)

Yamane, T. 1967. **Statistics, An Introductory Analysis.** 2nd ed., New York: Harper and Row.

Page 258.

Yorick, A, G, ed.all. (1989). **The Aged Person and the Nursing Process.** 3 rd.ed.

NewYork : Appleton and lange,

ภาคผนวก ก

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์

การพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาธง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

- ผู้วิจัย : 1. อาจารย์หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช โทรศัพท์ 094-0636034
2. คุณโสภา ชิตพิทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลสระพัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. อาจารย์มนโรส บริรักษ์อรารินทร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช

ชื่อ.....ที่อยู่.....

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาธง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม

2.1 การประเมินสุขภาพ

2.2 การประเมินสติปัญญา

2.3 การประเมินด้านสังคม

2.4 การประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (ความสามารถในการทำหน้าที่)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตรงตามความเป็นจริงให้มากที่สุด

“ขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้”

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
 ที่อยู่.....
 เบอร์โทรศัพท์.....
 พักทางภูมิศาสตร์.....
2. เพศ ชาย หญิง
3. อายุ.....ปี.....เดือน (เกิด พ.ศ.....)
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา สูงกว่าประถมศึกษา
5. รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนบาท (รวมทุกคนในครัวเรือน)
6. อาชีพก่อนอายุ 60 ปี
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 รับจ้าง พ่อบ้าน, แม่บ้าน
 เกษตรกรรม อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. อาชีพปัจจุบัน (ตอบเฉพาะอาชีพหลัก)
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 รับจ้าง พ่อบ้าน, แม่บ้าน
 เกษตรกรรม อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ
 อยู่คนเดียว อยู่ 2 คนกับคู่สมรส (2 คนตายาย)
 อยู่กับครอบครัว อื่นๆ.....
 ชื่อ – สกุลผู้ดูแลผู้สูงอายุ.....ความสัมพันธ์.....
 เบอร์โทร.....

9. ประวัติการผ่าตัด

[] สมอง [] หัวใจ [] สะโพก [] เช่า [] อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม

คำชี้แจง แบบประเมินผู้สูงอายุจะมีรายการประเมินทั้งหมด 4 ด้านได้แก่ การประเมินสุขภาพ การประเมินสติปัญญา การประเมินด้านสังคม และการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (ความสามารถในการทำหน้าที่) ดังนี้

2.1 การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุจะมีทั้งหมด 4 เรื่องได้แก่ การประเมินสุขภาพทั่วไป การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินโรคและการเจ็บป่วย และการประเมินปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน) ให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนี้

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) =กก./ตร.ม.

รอบเอว.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต...../มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ความสามารถในการมองเห็น () เห็นชัดเจน () เห็นไม่ชัดมัว () ไม่เห็น

ความสามารถในการได้ยิน () ได้ยินชัดเจน () ได้ยินไม่ชัดเจน () ไม่ได้ยิน

2.1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

สุขภาพโดยทั่วไปของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

() ดีมาก () ดี () ปานกลาง () แย่ () แย่มาก

สุขภาพของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่ากัน

() ดีกว่า () เท่ากัน () ต่ำกว่า ระบุ.....

อุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้ เช่น ฟันปลอม ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน รถนั่งเข็น เครื่องช่วยฟัง แว่นตา อื่นๆ

() ไม่มี () มี ระบุ 1..... 2..... 3.....

2.1.2 โรคและการเจ็บป่วย

ท่านเป็นโรคหรือมีภาวะเจ็บป่วย	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
- ความดันโลหิตสูง			

ท่านเป็นโรคหรือมีภาวะเจ็บป่วย	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
- เบาหวาน			
- โรคหัวใจ ระบุ.....			
- หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ			
- วัณโรคปอด			
- ต้อหิน			
- ต้อกระจก			
- มะเร็ง			
- ต่อมลูกหมากโต			
- ภาวะแพ้อาหาร / ภาวะแพ้อาหารอักเสบ			
- ข้อเสื่อม เก๊าต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ			
- โรคไต ระบุ.....			
- สมองเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม			
- แผลกดทับ			
- อื่นๆ ระบุ.....			

2.1.3 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ภายใน 6 เดือน)

ท่านเคยมีปัญหาดังนี้ หรือไม่	มี/เป็น	ไม่มี/ไม่เป็น	ไม่ทราบ
- หกล้ม ถ้ามี ระบุ..... (ความถี่ สถานที่ วันเวลา กลางวัน-กลางคืน)			
- กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (มีปัสสาวะเล็ด-ราด ปัสสาวะลำบาก ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ขณะไอ หัวเราะ หรือเคลื่อนไหว ไม่สามารถควบคุมการขับปัสสาวะได้) ถ้ามี ระบุ..... (ความถี่ จำนวน ระยะเวลา)			
- ท้องผูก/อุจจาระราด (ไม่สามารถกลั้นอุจจาระได้) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ตื่นกลางคืน นอนหลับกลางวัน มา อื่นๆ) ถ้ามี ระบุ.....			
- สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก)			

ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร (เคี้ยวและกลืนลำบาก ไม่อยากรับประทานอาหาร มีอาการเจ็บปวดในช่องปาก) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการได้ยิน (ได้ยินไม่ชัดเจน ใช้เครื่องช่วยฟัง) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการมองเห็น (สายตาวาว มองเห็นไม่ชัดเจน) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนที่ (เดินลำบาก ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน) ถ้ามี ระบุ.....			
- มีปัญหาเรื่องการนอนกรน ถ้ามี ระบุ.....			
- ปัญหาอื่นๆ ถ้ามี ระบุ.....			

2.1.4 พฤติกรรมสุขภาพ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)

พฤติกรรมสุขภาพ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)	ไม่เคย	ได้ทำ บางครั้ง	ได้ทำ สม่ำเสมอ
- ท่านออกกำลังกายหรือไม่ ถ้าทำ ระบุ..... (ชนิด จำนวนวันต่อสัปดาห์ และระยะเวลาที่ใช้)			
- ท่านทำงานอดิเรก เช่น ทำสวน เย็บปักถักร้อย จักสาน วาดรูป เลี้ยงสัตว์ อื่นๆ หรือไม่ ถ้าทำ ระบุ..... (ประเภทงานอดิเรก จำนวนวันต่อสัปดาห์ และระยะเวลาที่ใช้)			
- ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ ถ้าสูบ ระบุ..... (ชนิด จำนวนที่สูบต่อวัน)			
- ท่านดื่มสุราหรือไม่ ถ้าเคย ระบุ.....			

(ชนิด จำนวนที่ดื่มต่อสัปดาห์)			
- ท่านได้รับประทานอาหาร ทั้งเนื้อสัตว์ แป้ง และไขมัน เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน หรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอ ระบุ..... (ปริมาณต่อวัน ประเภทอาหารที่ขาด)			
- ท่านรับประทานผัก ผลไม้สม่ำเสมอหรือไม่ ถ้ารับประทานสม่ำเสมอ ระบุ..... (จำนวนครั้ง/สัปดาห์)			
- ท่านรับประทานอาหารเสริมหรือไม่ (รวมทั้งสมุนไพร วิตามิน แร่ธาตุ) ถ้ารับประทาน ระบุ..... (ประเภท ปริมาณ จำนวนครั้งต่อสัปดาห์)			
- ท่านตรวจร่างกายสม่ำเสมอหรือไม่ (หมายถึงการตรวจร่างกายโดยไม่ได้มารักษาโรค) ถ้าตรวจ ระบุ..... (จำนวนครั้งต่อปี สถานที่ไปตรวจ)			
- ท่านเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนบ้างหรือไม่ เช่น การพัฒนาชุมชนการประชุมในชุมชน บ้างหรือไม่ ถ้าตรวจ ระบุ..... (ประเภทของกิจกรรม จำนวนครั้งต่อสัปดาห์/เดือน/ปี)			

2.2 การประเมินสติปัญญา

คำชี้แจง แบบประเมินสติปัญญาในผู้สูงอายุจะมีทั้งหมด 2 เรื่องได้แก่ การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q และคำถาม 9Q และการทดสอบสภาพสมอง ดังนี้

2.2.1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า

2.2.1.1 การคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2 Q)

ข้อแนะนำ เน้นถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันสัมภาษณ์

ข้อ	คำถาม	วันที่.....	
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่	มี	ไม่มี
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก	มี	ไม่มี

เปื้อ	ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน		
-------	-----------------------	--	--

การประเมินผล : ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า “ปกติ”

ถ้าตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ทำการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9Q ต่อ

2.2.1.2 การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9 Q)

ข้อแนะนำ เน้นถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันสัมภาษณ์

ข้อ	คำถาม	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เปื้อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง				
5	เปื้ออาหาร หรือ กินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				
คะแนนรวม.....					

การแปลผล

คะแนน	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีระดับน้อยมาก
7-12	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, Mild)
13-18	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate)

≥ 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับมาก (Major Depression, Severe)
-----------	---

2.2.1.3 แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ (Thai Mental State Examination : TMSE)

คำชี้แจง แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1. Orientation (6 คะแนน)		
วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน		4
ที่ไหน		1
ใคร (คนในภาพ)		1
2. Registraion (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม		
ต้นไม้ รถยนต์ มือ		3
3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์		
ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์		5
4. Calculation (3 คะแนน) 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง		
100 93 86 79		3
5. Language (10 คะแนน)		
5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า)		2
5.2 ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”		1
5.3 ทำตามคำบอก (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน)		
หยิบกระดาษด้วยมือขวา		1
พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น		1
แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ		1
5.4 อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา”		1
5.5 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง		2
5.6 กลัวยกับส้มเหมือนกันคือ.....(เป็นผลไม้) <u>หรือ</u> แมวกับหมาเหมือนกันคือ.....(เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)		1
6. Recall (3 คะแนน) ถามของ 3 อย่างที่ให้จำตามข้อ 2		
ต้นไม้ รถยนต์ มือ		3

ภาวะสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23

คะแนนรวม

--

คำชี้แจง การประเมินด้านสังคมเป็นการประเมินว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาในมิติเหล่านี้หรือไม่ ดังนั้นโปรดตอบตามความเป็นจริง

มิติด้านสังคม	ไม่ประสบปัญหา	ประสบปัญหา	ระบุปัญหา
1. มิติที่อยู่อาศัย (หมายถึง การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง มีสาธารณูปโภคพื้นฐาน อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี มีทางเข้าออกที่สะดวก)			
2. มิติการมีงานทำและรายได้ (หมายถึง มีงานทำและมีรายได้เพียงพอในการยังชีพขั้นพื้นฐาน)			
3. มิติความมั่นคงส่วนบุคคล (หมายถึง ความปลอดภัยและรู้สึกปลอดภัยจากการประทุษร้ายทางร่างกายและทรัพย์สิน)			
4. มิติครอบครัว (หมายถึง สมาชิกครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี เคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ร่วมรับผิดชอบในภาระของครอบครัว)			
5. มิติการสนับสนุนทางสังคม (หมายถึง มีบุคคลที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือ สามารถเข้าถึงบริการสังคมได้โดยมีข้อจำกัดน้อย)			

2.4 การประเมินศักยภาพผู้สูงอายุ (ความสามารถในการทำหน้าที่)

2.4.1 แบบประเมินความสามารถในประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

(Barthel ADL index)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องหน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ
โปรดระบุผู้ให้ข้อมูลในส่วนนี้

() ผู้สูงอายุ () ผู้ดูแล ระบุ..... () ผู้สัมภาษณ์ () อื่นๆ ระบุ.....

กิจกรรมการประเมินการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนน
<p>1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)</p> <p>() 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้</p> <p>() 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p>() 2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ</p>	
<p>2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p>() 0. ความต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>() 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	
<p>3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p>() 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p>() 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p>() 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>() 3. ทำได้เอง</p>	
<p>4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)</p> <p>() 0. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้</p> <p>() 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังชำระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p>() 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งหรือลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จชำระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	
<p>5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p>() 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>() 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p> <p>() 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>() 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	
<p>6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p>() 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p>() 1. ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50</p>	

กิจกรรมการประเมินการดำเนินชีวิตประจำวัน	คะแนน
() 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) () 0. ไม่สามารถทำได้ () 1. ต้องการคนช่วย () 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8. Bathing (การอาบน้ำ) () 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ () 1. อาบน้ำเองได้	
9. Bowel (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) () 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ () 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์) () 2. กลั่นได้ปกติ	
10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) () 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ () 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) () 2. กลั่นได้เป็นปกติ	
รวม	

หมายเหตุ : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ออกตามกลุ่มศักยภาพดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และต้องพึ่งพาผู้อื่น (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน โดย 9-11 คะแนน คือกลุ่มมีภาวะพึ่งพานกลาง และ 5-8 คะแนนคือกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพารุนแรง

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน

2.4.2 แบบประเมินการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (IADL)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องหน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ

การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันขั้นสูงโดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง	คะแนน
1. ในกรณีที่ท่านมีโทรศัพท์ที่ท่านสามารถใช้โทรศัพท์ที่ตัวเองหรือไม่ () 0. ไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้เลย () 1. ทำได้ถ้ามีคนช่วย (สามารถพูดโทรศัพท์ได้หรือเรียกโอเปอเรเตอร์ในกรณีฉุกเฉินได้) () 2. ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย (รวมทั้งการหาเบอร์โทรศัพท์และหมายเลขเองแต่ต้องมีคนช่วยหาเบอร์และหมายเลขหมายให้)	
2. ท่านสามารถไปไหนมาไหนโดยใช้หรือไม่ใช้ยานพาหนะ () 0. ท่านไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ () 1. ทำได้ถ้ามีคนช่วยเหลือ (ต้องมีคนช่วยเหลือหรือเดินทางไปกับท่าน) () 2. ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วยเหลือ	
3. ท่านสามารถเลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้าในร้านค้าหรือร้านขายของชำได้หรือไม่ () 0. ไม่สามารถซื้อของได้เองเลย () 1. ทำได้โดยต้องมีคนช่วยเหลือ () 2. ทำได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย	
4. ท่านหุงหา/อุ่นอาหารได้เองหรือไม่ () 0. ไม่สามารถเตรียมอาหารได้เลย () 1. ทำได้โดยต้องมีคนช่วย (สามารถเตรียมเครื่องปรุงบางอย่างได้) () 2. ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย(สามารถทำ ได้ด้วยตนเอง)	
5. ท่านจัดการเรื่องเงินหรือใช้จ่ายเงินที่ลูกหลานให้ได้หรือไม่ () 0. ไม่สามารถจัดการเรื่องเงินทองได้เลย () 1. ทำได้โดยต้องมีคนช่วย (สามารถจัดการเรื่องซื้อวันต่อวันได้แต่ต้องมีคนช่วยจัดการเรื่องการชำระเงินให้ท่าน) () 2. ทำได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย (จ่ายเงินสดด้วยตนเอง)	
6. ท่านสามารถทำ ความสะอาดบ้านได้ด้วยตนเองหรือไม่ () 0. ทำเองไม่ได้เลย/ ต้องมีผู้อื่นทำให้ทั้งหมด () 1. ต้องมีคนช่วยบางส่วน () 2. ทำด้วยตนเองได้ทั้งหมด	
รวม	

การแปลผล :

แปลผล	คะแนนรวม IADL	
	ผู้ที่ไม่มีโทรศัพท์ (เต็ม10 คะแนน)	ผู้ที่มีโทรศัพท์ (เต็ม12 คะแนน)
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	0 – 2	0 – 2
ภาวะพึ่งพารุนแรง	3 – 4	3 – 5
ภาวะพึ่งพาปานกลาง	5 – 6	6 – 8
ไม่เป็นภาวะพึ่งพา	7+	9+

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (ฉบับภาษาไทยสำหรับใช้ในประเทศไทย)

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทยจาก EuroQol Group
เจ้าของลิขสิทธิ์ ตามหมายเลข ID number 27227 กรุณาตอบตามความเป็นจริง

แบบสอบถามเรื่องสุขภาพ

ฉบับภาษาไทยสำหรับใช้ในประเทศไทย

(Thai version for Thailand)

ในแต่ละหัวข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม **เพียงช่องเดียว** ที่ตรงกับสุขภาพของท่านในวันนี้ มากที่สุด.

การเคลื่อนไหว

ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินเล็กน้อย

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินปานกลาง

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินอย่างมาก

ข้าพเจ้าเดินไม่ได้

การดูแลตนเอง

ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองเล็กน้อย

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองปานกลาง

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองอย่างมาก

ข้าพเจ้าอาบน้ำ หรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองไม่ได้

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น ทำงาน, เรียนหนังสือ, ทำงานบ้าน, กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมยามว่าง)

ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเล็กน้อย

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำปานกลาง

ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอย่างมาก

ข้าพเจ้าทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำไม่ได้

อาการเจ็บปวด / อาการไม่สบายตัว

ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวปานกลาง

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมาก

ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวอย่างมากที่สุด

ความวิตกกังวล / ความซึมเศร้า

ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย

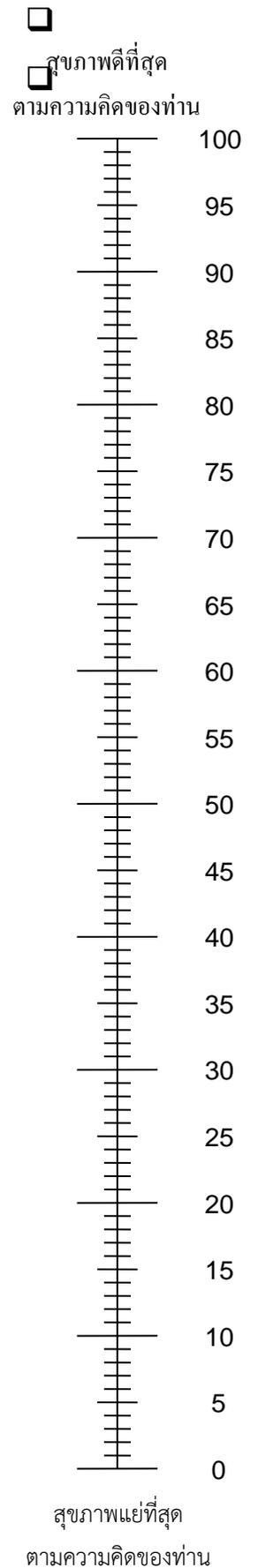
ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง

ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมาก

ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าอย่างมากที่สุด

สุขภาพของท่านในวันนี้ =

- เราอยากทราบว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- สเกลวัดสุขภาพนี้มีตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 100.
- 100 หมายถึง สุขภาพดีที่สุด ตามความคิดของท่าน.
0 หมายถึง สุขภาพแย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน.
- ทำเครื่องหมาย X บนสเกลเพื่อระบุว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในวันนี้.
- ตอนนี้ กรุณาใส่ตัวเลขที่คุณได้ทำเครื่องหมายไว้บนสเกลในช่องสี่เหลี่ยมด้านล่างนี้.



ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองโครงการวิจัย

ประวัตินักวิจัย

ชื่อ – สกุล นางสาวหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2550 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสรีรวิทยา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.ศ. 2544 วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา
มหาวิทยาลัยทักษิณ

การตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย

Tunyarak H, Suvannapura A, Rattarasarn C and Jutong S. (2005). Changes in Physical Fitness and Coronary Heart Disease Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes. การประชุมวิชาการสรีรวิทยา ครั้งที่ 34. หน้า 56.

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์. (2548). การเปลี่ยนแปลงระดับสมรรถภาพทางกายและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. ในการประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ครั้งที่ 3. จัดโดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ณ ศูนย์ปฐกฐา ประดิษฐ์ เขยจิตร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 11 มีนาคม พ.ศ.2548.

Suvannapura A, Tunyarak H, Rattarasarn C and Jutong S. (2005). Cardiorespiratory fitness (VO_{2max}) measurements in normal and type 2 diabetic subjects: comparison between the Astrand-Rhyming and the maximal graded exercise tests. FAOPS 2006 The 6th Congress of the Federation of Asian and Oceanian Physiological Societies Seoul, Korea. p. 322

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์. (2553). กลไกการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 10(1), 117-123

หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์. (2557). การศึกษาและพัฒนาแบบจำลองเซลล์เพื่อการเรียนการสอน. งานราชภัฏวิชาการ ประจำปี 2557. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

- นพมาศ โกศล, กาญจนา แดงเรือง, เปี่ยมศิริ หอมรัตน์, สุนีย์ ชราขวาน, ศิริจันทร์ทิพย์ กามณี, อัคริณี เบนสุหลง, ฮีลวาณี ยูโซะ และหทัยรัตน์ ตัลยารักษ์. (2558). **การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช**. งานราชภัฏวิชาการ ประจำปี 2558. วันที่ 11-12 กุมภาพันธ์ 2558. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. (Poster Presentation)
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และณภาพวี ณะฤทธิ์. (2559). **การพัฒนาวัตกรรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 5(1):78-88.
- นอรีนี ตะหวา หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และธนันธร เพชรเชนทร์. (2562). **ความรู้ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายปลอดบุหรี่ของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์**. งานราชภัฏวิชาการ ประจำปี 2562. วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2562. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. (Proceeding)
- กาญจนา นีน้อย เมรีนา ศรีสวัสดิ์ เสาวลักษณ์ ยุทธกาส หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และนอรีนี ตะหวา. (2562). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาชุมชนบ้านปายาง ตำบลท่าจิว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช**. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 ด้านสารสนเทศ การเกษตร การจัดการ บริหารธุรกิจ วิศวกรรมศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. วันที่ 30-31 พฤษภาคม กุมภาพันธ์ 2562. สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง. (Proceeding)
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. (2561). **การรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านใน ตำบลเคิ่ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช**. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 9. 20 – 21 กรกฎาคม 2561 มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่. (Proceeding)
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ โสภา ชิตพิทักษ์ และมนโรส บริรักษ์อรวินท์. (2562). **ปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตำบลเสารัง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช**. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 5 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย | จังหวัดนครศรีธรรมราช | 6 – 7 กุมภาพันธ์ 2563 “วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อสังคม” (Proceeding)

ผลงานวิจัย

- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์. (2550). **การเปลี่ยนแปลงระดับสมรรถภาพทางกายและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์

- ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสูรวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ . (2552). การศึกษาเพื่อพัฒนาผู้ดูแลเด็กด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กของคุณัยพัฒนาเด็กเล็ก ต.ท่าจิว อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ยุทธนา ศิลปรัสมิ, วิณา ธิติประเสริฐ, ศุภมาทร อิศสระพันธุ์ และคณะ. (2556). การศึกษาระดับความปลอดภัยของอาหาร จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์. (2556). การพัฒนานวัตกรรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. (2558). การรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านใน ต.เคร็ง อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และจุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. (2559). การรับรู้ของประชาชนต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านใน ต.เคร็ง อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- รัตติยา ฤทธิช่วย, อนุสรณ์ จิตมนัส อนุภาวี ณะฤทธิ หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และวลีษา อินทรภักดี. (2560). ผลของการใช้เกมส์คณิตศาสตร์ต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ โสภา ชิตพิทักษ์ และมโนรส บริรักษ์อรวินท์. การพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลเสาธง อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. (หัวหน้าโครงการวิจัย ทุน วช. ปีงบประมาณ 2561-2562)