

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุทั้งหมดในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 136 คน ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2535 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2536 และนำเสนอผลการศึกษาในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของประชากรชราอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนาและระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (N = 136)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	47.8
หญิง	71	52.2
อายุ		
60-69 ปี	28	20.6
70-79 ปี	61	44.9
80 ปีขึ้นไป	47	34.6
สถานภาพสมรส		
โสด	11	8.1
หม้าย	100	73.5
คู่	2	1.5
หย่า/แยกกันอยู่	23	16.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	49	36.0
อ่านออกเขียนได้	13	9.6
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 4	25	18.4
ชั้นประถมศึกษา 4	37	27.2
อื่น ๆ	12	8.8

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	133	97.8
คริสต์	3	2.2
อิสลาม	-	-
อื่น ๆ	-	-
ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา		
น้อยกว่า 1 ปี	19	14.0
1-5 ปี	93	68.4
6-10 ปี	17	12.5
11-15 ปี	2	1.5
16-20 ปี	3	2.2
21 ปีขึ้นไป	2	1.5

จากตารางที่ 2 จำนวนประชากรจำแนกตามเพศ พบว่า มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือเพศชายร้อยละ 52.2 และเพศหญิงร้อยละ 47.8 ประชากรส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คือ ร้อยละ 44.9 รองลงมาคือช่วงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีประชากรร้อยละ 34.6 ช่วงอายุ 60-69 ปี มีจำนวนประชากรน้อยที่สุด คือมีเพียงร้อยละ 20.6 เท่านั้น ส่วนสถานภาพสมรสของประชากรส่วนใหญ่ จะเป็นหม้ายคือร้อยละ 73.5 รองลงมาคือหย่าหรือแยกกันอยู่ คือ ร้อยละ 16.9 และมีเพียงร้อยละ 1.5 ที่ยังอยู่กับคู่สมรสในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนระดับการศึกษาของประชากรพบว่า ประชากรที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีร้อยละ 36.0 สามารถอ่านออกเขียนได้มีร้อยละ 9.6 มีผู้ที่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 54.4 ได้แก่ ผู้ที่เรียนต่ำกว่าประถมศึกษา 4 ร้อยละ 18.4 ชั้นประถมศึกษา 4 ร้อยละ 27.2 และอื่น ๆ อีกร้อยละ 8.8 ซึ่งได้แก่จบชั้นมัธยมต้น มัธยมปลาย นักรวมเอกและมหาวิทยาลัยปีที่ 2

ประชากรเกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 97.8 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 2.2 นับถือศาสนาคริสต์ ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราจะอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด คือร้อยละ 68.4 รองลงมาคือช่วงน้อยกว่า 1 ปี มีร้อยละ 14.0 ช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 12.5 ช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 2.2 ช่วง 11-15 ปี และ 21 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 1.5 เท่ากัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลของประชากร

คะแนนความวิตกกังวลของประชากร มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 22-53 คะแนน (ดูภาคผนวก ค) ค่าเฉลี่ย 31.92 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.04 ลักษณะของคะแนนความวิตกกังวลมีทิศทางเบ้ไปทางขวา หรือทางบวก (skewness .96) แสดงว่าส่วนใหญ่ของประชากรมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ข้อมูลความวิตกกังวลตามลักษณะประชากรดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (N = 136)

		คะแนนความวิตกกังวล	
ลักษณะของประชากร		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ	ชาย	29.80	5.71
	หญิง	33.86	7.53
อายุ	60-69 ปี	31.00	8.15
	70-79 ปี	32.56	7.42
	80 ปีขึ้นไป	31.64	5.52

ลักษณะของประชากร	คะแนนความวิตกกังวล	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สถานภาพสมรส		
โสด	28.91	6.47
หม้าย	32.18	7.06
คู่	34.00	2.00
หย่า/แยกกันอยู่	32.23	7.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	31.10	5.88
อ่านออกเขียนได้	33.00	7.96
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	34.04	7.64
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	31.19	6.83
อื่น ๆ	31.92	8.24
ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา		
น้อยกว่า 1 ปี	31.32	6.42
1-5 ปี	31.97	7.28
6-10 ปี	31.82	6.95
11-15 ปี	38.50	1.5
16-20 ปี	29.00	2.94
21 ปีขึ้นไป	34.00	1.00

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่าเพศชายมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยน้อยกว่าเพศหญิง คือ เพศชายมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 29.80 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.71 ส่วนเพศหญิงมีคะแนน

ความวิตกกังวลเฉลี่ย 33.86 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.53 ประชากรที่มีช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี มีคะแนนวิตกกังวลเฉลี่ยสูงกว่าประชากรในช่วงอายุอื่น ๆ คือ มีคะแนนเฉลี่ย 32.56 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.42 รองลงมาคืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป และช่วงอายุ 60-69 ปี คือ มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.64 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.52 และคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.15 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรสของประชากรที่เป็นคู่จะมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ คือ ความวิตกกังวลเฉลี่ย 34.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.00 รองลงมาคือสถานภาพสมรสหย่า มีความวิตกกังวลเฉลี่ย 32.18 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.06 สถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 32.23 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.33 และสถานภาพสมรสโสดมีความวิตกกังวลต่ำที่สุด คือมีคะแนนเฉลี่ย 28.91 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.47

ส่วนระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ คือ มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 34.04 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.64 รองลงมาคืออ่านออกเขียนได้ มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 33.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.96 ระดับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งได้แก่จบชั้นมัธยมต้น มัธยมปลาย นักธรรมเอกและมหาวิทยาลัยปีที่ 2 มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.92 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.24 ผู้ที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.19 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.83 และผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำที่สุด คือ มีคะแนนเฉลี่ย 31.10 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.88

สำหรับประชากรที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นเวลานาน 11-15 ปี มีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าช่วงเวลาอื่น ๆ คือ มีคะแนนเฉลี่ย 38.50 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.5 รองลงมาคือช่วง 21 ปีขึ้นไป มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 34.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.00 ช่วงเวลา 1-5 ปี มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.97 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.28 ช่วงเวลา 6-10 ปี มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.82 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.95 ช่วงเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ย 31.32 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.42 และช่วงเวลา 16-20 ปี มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ย 29.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.94

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามความวิตกกังวล (N = 136)

ความวิตกกังวล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีความวิตกกังวล	11	8.1
มีความวิตกกังวล *	125	91.9
ปัญหาสุขภาพ	116	92.8
ปัญหาการอยู่ร่วมกัน	100	80.0
เป็นห่วงบุตรหลาน	57	45.6
หวาดระแวง กลัวถูกทำร้าย	5	4.0
อนาคตของตนเอง	2	1.6

*มีได้มากกว่า 1 ปัญหา

จากตารางที่ 4 จะเห็นได้ว่า ประชากรที่ศึกษาไม่มีความวิตกกังวลเพียงร้อยละ 8.1 ที่เหลืออีกร้อยละ 91.9 มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น โดยความวิตกกังวลที่มีมากที่สุดเกี่ยวกับการมีสุขภาพถึงร้อยละ 92.8 รองลงมาคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาจากการอยู่ร่วมกัน ในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นห่วงบุตรหลาน และหวาดระแวงเนื่องจากกลัวการถูกทำร้ายจากผู้ที่อยู่ร่วมสถานที่ คือร้อยละ 80.0 ร้อยละ 45.6 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ส่วนความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเองมีน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชากร

คะแนนภาวะสุขภาพของประชากร มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 47.33-94.00 คะแนน (ดูภาคผนวก ง) ค่าเฉลี่ย 73.79 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.34 ลักษณะของคะแนนมีทิศทางเบ้ไปทางซ้ายหรือทางลบ (skewness $-.55$) แสดงว่าประชากรมีคะแนนภาวะสุขภาพในระดับปานกลางและค่อนข้างสูงเล็กน้อย ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามลักษณะประชากรจะแสดงในตารางที่ 5 ถึงตารางที่ 16

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (N = 136)

ลักษณะของประชากร	คะแนนภาวะสุขภาพ	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ		
ชาย	74.79	10.18
หญิง	72.88	10.33
อายุ		
60-69 ปี	75.61	11.04
70-79 ปี	73.77	11.02
80 ปีขึ้นไป	72.75	8.60
สถานภาพสมรส		
โสด	77.94	9.82
หม้าย	73.03	10.84
คู่	66.33	7.00
หย่า/แยกกันอยู่	75.67	6.95

ลักษณะของประชากร	คะแนนภาวะสุขภาพ	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	73.65	9.69
อ่านออกเขียนได้	69.69	13.94
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา 4	73.28	7.99
ชั้นประถมศึกษา 4	75.31	10.52
อื่น ๆ	75.28	10.34
ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา		
น้อยกว่า 1 ปี	73.28	7.98
1-5 ปี	73.67	10.81
6-10 ปี	75.26	11.08
11-15 ปี	69.00	8.33
16-20 ปี	74.00	3.27
21 ปีขึ้นไป	77.00	0.33

จากตารางที่ 5 จะเห็นว่าคะแนนภาวะสุขภาพของเพศชายมีสูงกว่าเพศหญิง คือเพศชายมีคะแนนเฉลี่ย 74.79 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.18 ส่วนเพศหญิงมีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 72.88 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.33 ประชากรที่มีช่วงอายุ 60-69 ปี มีคะแนนภาวะสุขภาพสูงกว่าประชากรในช่วงอายุอื่น ๆ คือ มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 75.61 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.04 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี และช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป คือมีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 73.77 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.02 และคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 72.75 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.60 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรสของประชากรที่เป็นโสดมีคะแนน

ภาวะสุขภาพสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ คือ มีคะแนนเฉลี่ย 77.94 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.82 รองลงมาคือสถานภาพสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 75.67 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.95 สถานภาพสมรสหม้าย มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 73.03 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.84 และสถานภาพสมรสคู่มีคะแนนภาวะสุขภาพต่ำที่สุด คือมีคะแนนเฉลี่ย 66.33 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.00

ส่วนระดับการศึกษอื่น ๆ ซึ่งได้แก่จบชั้นมัธยมต้น มัธยมปลาย นักธรรมเอกและมหาวิทยาลัยปีที่ 2 มีคะแนนภาวะสุขภาพสูงกว่าระดับการศึกษอื่น ๆ คือมีคะแนนเฉลี่ย 75.28 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.34 รองลงมาคือผู้ที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีค่าคะแนนภาวะสุขภาพ 75.31 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.52 ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 73.65 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.69 ผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 73.28 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.99 และผู้ที่พอจะอ่านออกเขียนได้มีคะแนนภาวะสุขภาพต่ำที่สุด คือ มีคะแนนเฉลี่ย 69.69 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.94

สำหรับประชากรที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นเวลาดังแต่ 21 ปีขึ้นไป มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ยสูงกว่าช่วงเวลาอื่น ๆ คือมีคะแนนเฉลี่ย 77.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 รองลงมาคือช่วงเวลา 6-10 ปี มีคะแนนสุขภาพเฉลี่ย 75.26 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.08 ช่วงเวลา 16-20 ปี มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 74.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.27 ช่วงเวลา 1-5 ปี มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 73.67 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.81 ช่วงเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีคะแนนสุขภาพเฉลี่ย 73.23 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.98 และช่วงเวลา 11-15 ปี มีคะแนนภาวะสุขภาพต่ำที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ย 69.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.33

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามสภาพผิวหนัง สภาพการได้ยิน สภาพการมองเห็น ระบบหายใจ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหารและระบบประสาท (N = 136)

ลักษณะของประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาพผิวหนัง		
ดี	134	98.5
ไม่ดี	2	1.5
สภาพการได้ยิน		
ดี	128	94.1
ไม่ดี	8	5.9
สภาพการมองเห็น		
ดี	50	36.8
ไม่ดี	86	63.2
ระบบหายใจ		
ดี	128	94.1
ไม่ดี	8	5.9
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก		
ดี	19	13.9
ไม่ดี	117	86.1
ระบบไหลเวียนโลหิต		
ดี	131	96.3
ไม่ดี	5	3.7

ลักษณะของประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระบบทางเดินอาหาร			
ดี		121	88.9
ไม่ดี		15	11.0
ระบบประสาท			
ดี		121	88.9
ไม่ดี		15	11.1

จากตารางที่ 6 จะเห็นได้ว่าประชากรส่วนใหญ่มีสภาพผิวหนังดีถึงร้อยละ 98.5 และสภาพผิวหนังไม่ดีเพียงร้อยละ 1.5 คือเป็นกลากเกลื้อน สภาพการได้ยินของประชากรส่วนใหญ่จะอยู่ในเกณฑ์ดีคือร้อยละ 94.1 และสภาพการได้ยินไม่ดีเพียงร้อยละ 5.9 ซึ่งมีลักษณะหูตึงได้ยินไม่ชัด ประชากรมีสภาพการมองเห็นไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ คือร้อยละ 63.2 ซึ่งได้แก่สายตามัวฝ้า ต้อกระจก สายตาวาว ต้อหินและตาบอด ร้อยละ 44.1, 13.9, 3.7, 0.7 และ 0.7 ตามลำดับ ส่วนระบบหายใจของประชากรส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีถึงร้อยละ 94.1 และมีเพียงร้อยละ 5.9 ที่อยู่ในเกณฑ์ไม่ดีคือเป็นหอบหืด ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของประชากรอยู่ในเกณฑ์ดีเพียงร้อยละ 13.9 ที่เหลืออยู่ในเกณฑ์ไม่ดีถึงร้อยละ 86.1 ซึ่งได้แก่ ปวดเมื่อยตามข้อคือร้อยละ 58.8 รองลงมาได้แก่ ข้ออักเสบและหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท คือร้อยละ 26.5 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ ระบบไหลเวียนโลหิตของประชากรส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีถึงร้อยละ 96.3 และไม่ดีเพียงร้อยละ 3.7 ซึ่งได้แก่ หัวใจโตและจังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ ระบบทางเดินอาหารอยู่ในเกณฑ์ดีถึงร้อยละ 88.9 และไม่ดีเพียงร้อยละ 11.0 ซึ่งได้แก่ ปวดท้อง โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 5.9 และริดสีดวงทวาร ร้อยละ 5.2 ส่วนระบบประสาทของประชากรส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีถึงร้อยละ 88.9 และไม่ดีเพียงร้อยละ 11.1 ซึ่งเป็นอัมพาตครึ่งซีกร้อยละ 8.8 และอัมพาตครึ่งล่าง ร้อยละ 2.2

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามความดันโลหิตซิสโตลิก (N = 136)

ลักษณะของความดันโลหิตซิสโตลิก	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	น้อยกว่า 100	-	-
ปกติ	100-160	108	79.4
สูง	มากกว่า 160	28	20.5

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าประชากรส่วนใหญ่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ ถึงร้อยละ 79.4 รองลงมาร้อยละ 20.5 มีความดันโลหิตสูงและไม่มีมีความดันโลหิตต่ำ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามความดันโลหิตไดแอสโตลิก (N = 136)

ลักษณะของความดันโลหิตไดแอสโตลิก	ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	น้อยกว่า 60	-	-
ปกติ	60-90	128	94.1
สูง	มากกว่า 90	8	5.9

จากตารางที่ 8 เมื่อใช้ค่าความดันไดแอสโตลิกเป็นเกณฑ์ พบว่าประชากรมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงร้อยละ 94.1 รองลงมาร้อยละ 5.9 มีความดันโลหิตสูงและไม่มีมีความดันโลหิตต่ำ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) จำแนกตามเพศของประชากร (N = 136)

ลักษณะของประชากร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศชาย		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	49.80	8.44
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	155.60	7.02
BMI (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	20.56	3.21
เพศหญิง		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	47.34	10.93
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	151.28	7.17
BMI (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	20.67	4.25

จากตารางที่ 9 จะเห็นว่าลักษณะของประชากรที่ใช้บอกถึงภาวะสุขภาพได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีความหนาของร่างกาย ซึ่งพบว่าประชากรเพศชายมีน้ำหนักเฉลี่ย 48.80 กิโลกรัม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.44 ส่วนสูงเฉลี่ย 155.60 เซนติเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.02 ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) เฉลี่ย 20.56 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.21 ส่วนเพศหญิงมีน้ำหนักเฉลี่ย 47.34 กิโลกรัม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.93 ส่วนสูงเฉลี่ย 151.28 เซนติเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.17 ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) เฉลี่ย 20.67 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (N = 136)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพแข็งแรงดี	20	14.7
สุขภาพไม่แข็งแรง	116	85.3
มีโรคประจำตัว 1 โรค	35	25.7
มีโรคประจำตัว 2 โรค	60	44.1
มีโรคประจำตัว 3 โรค	13	9.6
มีโรคประจำตัว 4 โรค	8	5.9

จากตารางที่ 10 จะเห็นว่าประชากรมีสุขภาพแข็งแรงดีเพียงร้อยละ 14.7 ที่เหลืออีก ร้อยละ 85.3 มีสุขภาพไม่แข็งแรง คือมีโรคประจำตัว ตั้งแต่ 1-4 โรค โดยส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว 2 โรคมากที่สุดถึงร้อยละ 44.1 รองลงมาได้แก่ มีโรคประจำตัว 1 โรค และ 3 โรค คือร้อยละ 25.7 และร้อยละ 9.6 ตามลำดับ ส่วนมีโรคประจำตัว 4 โรคน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 5.9

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามโรคประจำตัวหรือโรคที่เป็นในปัจจุบัน
(N = 116)

โรคประจำตัว*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคข้อเสื่อม (ปวดเมื่อย)	80	68.9
โรคความดันโลหิตสูง	50	43.1
โรคเกาต์	36	31.0
โรคต่อกระຈก	19	16.4
โรคอัมพาต	15	12.9
โรคหอบหืด	8	6.9
โรคกระเพาะอาหาร	8	6.9
โรคจิตสัถวทวาร	7	6.0
โรคเบาหวาน	6	5.2
โรคหัวใจ	5	4.3
โรคผิวหนัง	2	1.7
โรคต้อหิน	1	0.9
โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท	1	0.9

*มีได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 11 โรคประจำตัวหรือโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของประชากรที่ศึกษา พบว่า มีโรคข้อเสื่อมมากที่สุดถึงร้อยละ 68.9 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์คือร้อยละ 43.1 และร้อยละ 31.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามภาวะสุขภาพก่อนอายุ 60 ปี (N = 136)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพแข็งแรงดี	123	90.4
สุขภาพไม่แข็งแรง	13	9.6
มีโรคประจำตัว 1 โรค	10	7.4
มีโรคประจำตัว 2 โรค	1	0.7
มีโรคประจำตัว 3 โรค	2	1.5

จากตารางที่ 12 จะเห็นว่าก่อนอายุ 60 ปี ประชากรส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงถึงร้อยละ 90.4 มีเพียงร้อยละ 9.6 เท่านั้นที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง คือมีโรคประจำตัว ตั้งแต่ 1-3 โรค โดยส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว 1 โรค คือร้อยละ 7.4 รองลงมาคือมีโรคประจำตัว 3 โรคและ 2 โรค คือ ร้อยละ 1.5 และร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามโรคประจำตัวหรือโรคที่เป็นก่อนอายุ 60 ปี
(N = 13)

โรคประจำตัว*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	8	61.5
โรคกระเพาะอาหาร	6	46.2
โรคท่อน้ำดี	4	30.8
โรคหัวใจ	2	15.4

*มีได้มากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 13 พบว่าประชากรมีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คือร้อยละ 61.5 รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหารและโรคท่อน้ำดีคือร้อยละ 46.2 และร้อยละ 30.8 ตามลำดับ สำหรับโรคหัวใจพบน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 15.4 เท่านั้น

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ เวลาและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของประชากร (N = 136)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองคนเดียว (ชั่วโมง)	4.91	2.32
เวลาในการอยู่กับผู้อื่น (ชั่วโมง)	5.21	2.55
ความสามารถในการทำงานเมื่อเปรียบเทียบกับสมัยที่แข็งแรงอยู่	45.88	22.59
ความสามารถในการทำงานอดิเรกหรือมีกิจกรรมกับสังคมภายนอก	60.37	20.09
การนอนหลับ (ชั่วโมง)	4.28	1.90

จากตารางที่ 14 เวลาที่ประชากรทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองคนเดียว มีค่าเฉลี่ย 4.91 ชั่วโมง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.32 เวลาในการอยู่กับผู้อื่นเฉลี่ย 5.21 ชั่วโมง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.55 คะแนนความสามารถในการทำงานเมื่อเปรียบเทียบกับสมัยที่แข็งแรงอยู่มีค่าเฉลี่ย 45.88 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.59 ส่วนคะแนนความสามารถในการทำงานอดิเรกหรือมีกิจกรรมกับสังคมภายนอก มีค่าเฉลี่ย 60.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.09 สำหรับเวลาในการนอนหลับของประชากรเฉลี่ย 4.28 ชั่วโมง และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.90 ไม่มีการนอนหลับในเวลากลางวันเลย มีเพียงแต่นอนพักชั่วคราว ในเวลาสั้น ๆ แต่ไม่ได้นอนหลับ

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในด้านที่ส่งเสริม และเป็น โทษต่อสุขภาพโดยทั่วไปของประชากร (N = 136)

กิจกรรม	ปกติ/ปฏิบัติ		ไม่ปกติ/ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการทำงานต่าง ๆ				
ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา	108	79.4	28	20.6
การออกกำลังกาย	106	77.9	30	22.1
การดื่มแอลกอฮอล์	-	-	136	100.0
การสูบบุหรี่	40	29.4	96	70.6

จากตารางที่ 15 จะเห็นว่าประชากรยังสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 79.4 ที่เหลืออีกร้อยละ 20.6 ต้องหยุดงานหรือหยุดพักเนื่องจากความเจ็บป่วย กิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย ซึ่งมีร้อยละ 77.9 ส่วนกิจกรรมทำให้เกิดโทษต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ โดยมีประชากรที่สูบบุหรี่มีร้อยละ 29.4 และไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 70.6 และไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์เลย

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามลักษณะจำนวนครั้งของการชั้ถ่ายภาพปัสสาวะ และ
อุจจาระ (N = 136)

จำนวนครั้งของการชั้ถ่าย (ครั้งต่อวัน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การชั้ถ่ายปัสสาวะ		
3 ครั้ง	10	7.4
4 ครั้ง	6	4.4
5 ครั้ง	6	4.4
6 ครั้ง	8	5.9
8 ครั้ง	48	35.3
10 ครั้ง	51	37.5
12 ครั้ง	7	5.2
การชั้ถ่ายอุจจาระ		
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน	63	46.3
1 ครั้งต่อวัน	56	41.2
2 ครั้งต่อวัน	10	7.4
มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน	7	5.2

จากตารางที่ 16 จะเห็นว่าประชากรส่วนใหญ่จะปัสสาวะวันละ 10 ครั้ง มีร้อยละ 37.5 รองลงมาคือวันละ 8 ครั้งและ 3 ครั้ง คือร้อยละ 35.3 และร้อยละ 7.4 ตามลำดับ ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการชั้ถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ถึงร้อยละ 80.0 และปัสสาวะกะปริดกะปรอย ร้อยละ 20.0 สำหรับการชั้ถ่ายอุจจาระของประชากรส่วนใหญ่จะน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน ซึ่งหมายถึงหลายวันจึงจะถ่าย 1 ครั้ง มีร้อยละ 46.3 โดยพบว่าถ่ายอุจจาระ 4-5 วันต่อครั้ง ร้อยละ 23.5

ถ่ายอุจจาระ 2-3 วันต่อครั้ง ร้อยละ 22.1 และถ่ายอุจจาระสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 0.7 ปัญหาที่พบเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระส่วนใหญ่คือ ท้องผูก ถึงร้อยละ 94.9 ที่เหลืออีกร้อยละ 5.2 มีอาการถ่ายลำบาก เนื่องจากเป็นริดสีดวงทวาร

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของประชากร (N = 136)

ตัวแปร	จำนวนประชากร (คน)	$\bar{x}$	S.D.	r
ความวิตกกังวล	136	31.92	7.04	-.63
ภาวะสุขภาพ	136	73.79	10.34	

จากตารางที่ 17 พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ ประชากรที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำ จะมีภาวะสุขภาพดี และประชากรที่มีระดับความวิตกกังวลสูง จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของประชากรขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามปัญหาที่พบขณะอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา
(N = 136)

ปัญหา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหา	11	8.1
มีปัญหา *	125	91.9
ปัญหาสุขภาพ	116	92.8
ปัญหาการอยู่ร่วมกัน	100	80.0
เหงาและว้าเหว่	31	24.8

*มีได้มากกว่า 1 ปัญหา

จากตารางที่ 18 จะเห็นว่าประชากรที่ศึกษาไม่มีปัญหาใด ๆ เลยขณะที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เพียงร้อยละ 8.1 นอกจากนั้นพบว่ามีปัญหาต่าง ๆ ถึงร้อยละ 91.9 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ ปัญหาสุขภาพ คือร้อยละ 92.8 รองลงมาคือปัญหาการอยู่ร่วมกัน มีร้อยละ 80.0 และอีกร้อยละ 24.8 รู้สึกเหงาและว้าเหว่

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งผลของการศึกษาจะแบ่งออกเป็น 5 ส่วน เช่นเดียวกับข้อมูลที่นำเสนอ โดยจะมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 136 คน มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีร้อยละ 52.2 และเพศชายมีร้อยละ 47.8 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี มีจำนวนร้อยละ 44.9 รองลงมาคืออายุ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 34.6 และช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวนผู้สูงอายุที่น้อยที่สุดคือร้อยละ 20.6 อาจเนื่องจากช่วงอายุ 60-69 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (Chirst, Hohloch & Tate, 1988, p.6) เป็นวัยที่ยังทำงานได้ ความเสื่อมของร่างกายยังมีไม่มากนัก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา ดังนั้นผู้สูงอายุในช่วงอายุดังกล่าวจึงมีค่อนข้างน้อย สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีจำนวนผู้สูงอายุที่น้อยกว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี เนื่องจากว่าในช่วงอายุดังกล่าวเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (Chirst, Hohloch & Tate, 1988, p.6) มีการเสื่อมของร่างกายมากและเสียชีวิตในที่สุด

ด้านสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นหม้ายถึงร้อยละ 73.5 ทั้งนี้เนื่องจากในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย เมื่อขาดคู่สมรสจึงไม่สามารถจะอยู่คนเดียวตามลำพังได้ ประกอบกับขาดผู้อุปการะดูแลทอดทิ้ง ไม่มีผลกำลังในการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 36.0 ไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อประมาณ 50-60 ปีที่ผ่านมา ค่านิยมและสถาบันในการให้การศึกษาแก่เยาวชนในสมัยก่อนยังมีไม่มากนัก แม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายให้มีการศึกษามัคบังคับของประชากรถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจของประชากรค่อนข้างจะยากจน อีกทั้งอาชีพส่วนใหญ่ของประชากรไทยก็เป็นอาชีพเกษตรกร ซึ่งมีการสอนวิธีการประกอบอาชีพจากรุ่นพ่อแม่ไปยังรุ่นลูก ทำให้ประชากรไม่เห็นความสำคัญของการศึกษา จึงพบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่มีโอกาสได้เรียนหนังสือสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงไม่มีโอกาสได้เรียน หรือได้เรียนหนังสือเท่าที่รัฐบาลได้กำหนดไว้เท่านั้น ส่วนการนับถือศาสนา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 97.8 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติไทย ระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราในช่วง 1-5 ปี มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 68.4 ส่วนช่วงเวลา 16-20 ปี 11-15 ปี และ 21 ปีขึ้นไปมีผู้สูงอายุร้อยละ 2.2, 1.5 และ 1.5 ตามลำดับ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นเวลานาน อายุของผู้สูงอายุก็มากขึ้นด้วย ซึ่งในช่วงนี้จะมีการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จึงทำให้จำนวนผู้สูงอายุในระยะเวลาดังกล่าวมีจำนวนน้อย

ส่วนที่ 2 ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่าเท่ากับ 31.92 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.04 ลักษณะของคะแนนความวิตกกังวลมีทิศทางเบี่ยงไปทางขวาหรือทางบวก (skewness .96) แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราไม่ต้องรับภาระการทำงานเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ไม่ต้องกังวลถึงปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้รัฐได้จัดบริการไว้ให้ในสถานสงเคราะห์คนชราแล้ว จึงทำให้ประชากรที่ศึกษามีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำได้ เมื่อพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ตารางที่ 3) จะสามารถอธิบายได้ดังนี้ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนไหวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมาก เมื่อมีเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาเกิดขึ้น เช่น ความเจ็บป่วยทางร่างกาย เพศหญิงจึงมีความรู้สึกกว่าอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น ต่างกับเพศชายซึ่งเป็นเพศที่ถูกสังคมกำหนดให้เป็นเพศที่แข็งแกร่ง เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นจึงรู้สึกว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งมีผลให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าเพศหญิง จากประชากรที่ศึกษาพบผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีการเจ็บป่วยมีการแสดงถึงความต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่นมากกว่าเพศชาย จึงรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองร้ายแรง จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ผลการศึกษานี้จึงพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รีเกียร์และคณะ (Regier et al., 1988) เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 1 เดือน พบว่าเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราการเกิดความผิดปกติจากความวิตกกังวลมากกว่าเพศชายซึ่งมักจะมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคมเป็นส่วนใหญ่ และจากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาลิทธิวัฒน์ (2529) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเกิดจากเพศหญิงมีอาการรุนแรง ตกใจ และวิตกกังวลใจง่ายกว่าเพศชาย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในวัยสูงอายุเกิดขึ้น เพศหญิงจึงรับรู้ได้มาก และประหมัดถึงความเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นในระดับที่สูงกว่าเพศชาย จึงทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย

ส่วนอายุของผู้สูงอายุในช่วง 70-79 ปี มีคะแนนความวิตกกังวลสูง รองลงมาคือช่วงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งในระยะนี้ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลื่อมมาก กว่าผู้สูงอายุตอนต้น (Kart, Metress & Metress, 1988, p.3) มีโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วย มีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกัน ในสถานสงเคราะห์คนชรา ปัญหาเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลสูงขึ้นได้

ส่วนสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความวิตกกังวลสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 34.00 คะแนน แต่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานน้อยมาก เท่ากับ 2.00 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายน้อยมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีเพียง 1 คู่เท่านั้น สำหรับสถานภาพสมรสที่มีคะแนนความวิตกกังวลสูงรองลงมาได้แก่ หย่าหรือแยกกันอยู่ และหม้าย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุครุ่นคิดถึงความหลัง คิดถึงบุคคลที่รัก ซึ่งต้องสูญเสียไป คิดเปรียบเทียบความสุขกับการสูญเสียในปัจจุบัน (ครุณี ชมธวัช, 2529, หน้า 26) ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบลเซอร์ และจอร์จ (Blazer & George, 1987) ที่ทำการศึกษาดังเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิตและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 2,902 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย และแยกกันอยู่มีความวิตกกังวลสูงและจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวลมากกว่าผู้สูงอายุในสถานภาพสมรสอื่น ๆ คือมีร้อยละ 14.7 และร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

ส่วนระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ได้แก่ ไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านออกเขียนได้ และต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีคะแนนความวิตกกังวลค่อนข้างสูง การศึกษานั้นจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ มีการตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รู้จักใช้ทักษะที่เคยมีมาแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Jalowiec & Power, 1981 อ้างถึงในประสพสุข อินทรรักษ์, 2534, หน้า 17) ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีโอกาสในการแสวงหาข้อมูลน้อย ไม่เข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่สามารถจะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ ทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง มีผลทำให้บุคคลเหล่านั้นมีรายได้ต่ำ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ จึงทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประสพสุข อินทรรักษ์ (2534) เกี่ยวกับความวิตกกังวลและการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าบุคคลที่มีระยะเวลาในการศึกษามาก หรือมีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ เพราะว่าการศึกษจะช่วยให้บุคคลเฉลียวฉลาด มีความ

สามารถในการแสวงหาความรู้ รู้จักคิดและใช้เหตุใช้ผล มาประเมินเหตุการณ์ข้างหน้าที่อาจเกิดขึ้นได้มากกว่า จึงทำให้มีความวิตกกังวลต่ำ และจากการศึกษาของฮิมเมลฟาร์บและเมอร์เรล (Himmelfarb & Murrell, 1984) ที่พบว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาที่ต่ำ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานานประมาณ 11-15 ปี มีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่าในช่วงเวลาอื่น ๆ รองลงมาคือช่วงเวลา 21 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นระยะเวลาที่นาน ก็จะมีอายุค่อนข้างมาก มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลสูงขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีความกังวลเกี่ยวกับความตายที่ใกล้เข้ามา ได้เห็นผู้สูงอายุวัยหรืออายุใกล้เคียงกับตนเสียชีวิตไป ซึ่งจากการศึกษาของ ฟิริลท์ ค่านวนเคิลป์ และคณะ (2523) พบว่า ปัญหาทางด้านจิตวิทยาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาเรื่องหวาดกลัวและกังวลที่ต้องเผชิญกับความตาย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลร้อยละ 91.9 (ตารางที่ 4) โดยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพมากที่สุด มีร้อยละ 92.8 ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จึงมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณะอนุกรรมการการศึกษา วัฒนธรรมและกิจการเพื่อผู้สูงอายุ (2528) ที่พบว่าความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาคเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีมากรองจากเรื่องรายได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรายังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาจากการอยู่ร่วมกัน ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ จะได้รับการจัดให้นอนห้องละ 10 คน ซึ่งอาคาร 1 หลัง จะมีห้องนอน 4 ห้อง ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีห้องใช้ส่วนตัวของตนเอง ได้แก่ เตียงและตู้เสื้อผ้า คนละ 1 ชุด ผู้สูงอายุจะมีการทำกิจกรรมร่วมกันตามที่พักสถานสงเคราะห์คนชราได้จัดไว้ให้ จากการบอกเล่าของผู้สูงอายุพบว่า ปัญหาการอยู่ร่วมกันของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้นจะเกิดจากความขัดแย้งในการสนทนาจากความเข้าใจไม่ตรงกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราใหม่ มักจะเข้าใจไม่ตรงกันกับผู้สูงอายุที่อยู่มาก่อน โดยความรุนแรงของความขัดแย้งจะมีระดับต่าง ๆ กัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เมื่อเกิดปัญหขึ้นผู้สูงอายุจะใช้วิธีปรับตัวต่าง ๆ เช่น หลีกเลี้ยงไปอยู่ให้ไกลจากเหตุการณ์นั้น ๆ ออกนอก เเยย ไม่ได้ตอบ ใช้ธรรมะช่วยทำให้จิตใจสบายและสงบ แต่ผู้สูงอายุก็ังมีความหวาดกลัว วิตก

กังวลว่าจะถูกทำร้าย ผู้สูงอายุบางรายแก้ปัญหาโดยการให้การโต้ตอบในลักษณะเดียวกับที่ตนได้รับ แต่ทางสถานสงเคราะห์คนชราก็มีกฎระเบียบลงโทษผู้สูงอายุที่ก่อการทะเลาะวิวาท โดยมีการกล่าวตักเตือนสำหรับความผิดครั้งแรก ตัดผลประโยชน์บางประการสำหรับความผิดครั้งที่ 2 ภาควิชาสำหรับความผิดครั้งที่ 3 หรือส่งไปรับการสงเคราะห์ที่สถานสงเคราะห์คนชราอื่น ๆ และหลังจากภาคทัณฑ์ 3 ครั้งแล้วยังคงประพฤติผิดอีกจะให้ออกจากสถานสงเคราะห์คนชรา นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นห่วงบุตรหลาน หวาดระแวงเนื่องจากกลัวการถูกทำร้าย และวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่าเท่ากับ 73.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.34 ลักษณะของคะแนนภาวะสุขภาพเบ้ไปทางซ้ายหรือทางลบ (skewness -.55) แสดงว่าประชากรส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพระดับปานกลางและค่อนข้างสูงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาและงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประเมินว่าภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีและดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีความเชื่อมโยงกับสมรรถนะในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ยังรู้สึกว่าคุณสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยทั่วไปได้เป็นอย่างดี โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Butler, 1988, p.23) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมไม่มากนัก สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถที่จะปรับตัว หรือยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุประเมินว่าสุขภาพดี (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2531; พิริสิทธิ์ คำานวนศิลป์และคณะ, 2523; นิสา ชูโต, 2525; Mitrushina & Satz, 1991) เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (ตารางที่ 4) จะสามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังนี้ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีคะแนนภาวะสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีสภาพร่างกายไม่ค่อยจะแข็งแรงเมื่อเทียบกับเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสภาพร่างกายของเพศหญิงส่วนใหญ่จะต้องผ่านการตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เหล่านั้นเสื่อมสภาพได้เร็ว ประกอบกับหน้าที่รับผิดชอบของเพศหญิงที่ต้องเลี้ยงดูบุตร ทำงานบ้าน และอาจต้องประกอบอาชีพหรือทำงานเลี้ยงครอบครัวในรายที่มีฐานะยากจน จึงทำให้สภาพร่างกายของเพศหญิงมีความเสื่อมเร็วกว่าเพศชาย และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในเพศหญิงในวัยหมดประจำ

เดือน จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีผลทำให้มีการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูกมาก ทำให้กระดูกผุและหักได้ง่าย นอกจากนี้เพศหญิงยังไม่ค่อยตระหนักและไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย จากการศึกษาของฮอกส์เทล และคาสคา (Hogstel & Kashka, 1989) เกี่ยวกับการมีสุขภาพแข็งแรงภายหลังอายุ 85 ปี ที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืน พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง ดังนั้นจึงทำให้เพศหญิงมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าเพศชาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีโรคหรือความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรง รู้สึกอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ทำงานไม่ได้ ต้องอาศัยการพึ่งพาจากผู้อื่น จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรูล์ คีร์วานิชและคณะ (2531) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพแข็งแรงถึงร้อยละ 21.9 ในขณะที่เพศหญิงมีร้อยละ 5.9 เท่านั้น แต่ผลของการวิจัยนี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของมิตรุชิโนและแซทซ์ (Mitrushina & Satz, 1991) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุกับอายุ เพศ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและระดับกิจกรรมที่ทำ พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนสังคมและวัฒนธรรมมีการกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย จึงพบว่าเพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (Neimi, et al., 1988 อ้างถึงใน นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534, หน้า 21) นอกจากนี้เพศหญิงยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือมีผลเสียต่อสุขภาพน้อยกว่าเพศชาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จึงทำให้เพศหญิงมีภาวะสุขภาพดีกว่าเพศชาย

ส่วนอายุของผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะสุขภาพสูง ได้แก่ ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี มีร้อยละ 75.61 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟิรลิตี คานวนเคลป์และคณะ (2523) ที่ได้ศึกษาเรื่องความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีการประเมินว่าตนเองนั้นสุขภาพดีอาจจะเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) มีความเสื่อมของร่างกายไม่มาก ยังมีความสามารถในการทำงานหรือประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ดี แม้ในขณะนั้นจะเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม เนื่องจากบุคคลจะรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าร่างกายยังแข็งแรงและเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีสุขภาพดี (Travelbee, 1971 อ้างถึงใน มณฑนา เจริญกุล, 2534, หน้า 45) นอก

จากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นรินาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) บรรลุ ศรีวานิชและคณะ (2531) มณฑนา เจริญกุล (2534) และสุพรรณี นันทชัย (2534) ที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นจะมีการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับที่ดี

สำหรับสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีภาวะสุขภาพสูงมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพเท่ากับ 77.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.82 อาจเนื่องจากผู้ที่เป็นโสดมีโอกาสหรือเวลาในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี และจากการศึกษาของ สุพรรณี นันทชัย (2534) ที่พบว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้ที่เป็นโสดหรือผู้ที่ยังอยู่กับคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเพราะการสูญเสียคู่สมรสหรือต้องหย่าหรือแยกจากคู่สมรส นั้นทำให้เกิดความสะเทือนใจ และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมให้ลดต่ำลงได้ ส่วนระดับการศึกษา นั้น พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีภาวะสุขภาพในระดับต่ำด้วย เพราะการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1985, p.175) ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1982, pp.10-15, 161-162) ยังได้กล่าวไว้อีกว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก หรือสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อย จะมีข้อจำกัดในการรับรู้และการเรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองน้อย ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีด้วย จากการศึกษาของวิลลิตส์ และไครเดอร์ (Willits & Crider, 1988, p. s174) เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง ซึ่งมักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ทั้งนี้เป็นเพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่ดี มีความสามารถที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองได้ เช่น อาหารและการบริการทางสุขภาพ จึงทำให้มีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนระยะเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มากกว่า 21 ปีขึ้นไป มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 77.00 คะแนน แต่เมื่อพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่เท่ากับ 0.33 แล้ว แสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีการกระจายน้อยกว่าช่วงเวลาที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี ซึ่งมีคะแนนภาวะสุขภาพรองลงมา ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานานประมาณ 1-10

ปี ซึ่งเป็นจำนวนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านั้นเป็นผู้สูงอายุตอนต้น จึงมีการประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนดี

การประเมินภาวะสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยนี้มีอยู่ 2 แบบคือ การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยเองและตัวผู้สูงอายุ สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยเอง (ตารางที่ 6) พบว่า สภาพผิวหนัง สภาพการได้ยิน ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหารและระบบประสาทอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ส่วนสภาพการมองเห็นของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ถึงร้อยละ 63.2 ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ สายตามัวฟางและต้อกระจก ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม โดยเกิดจากการอัดแน่นของเส้นใยแก้วตาที่แก่เข้าสู่ใจกลางของแก้วตา ทำให้นิวเคลียสมีขนาดใหญ่ขึ้น แข็ง และมีสีออกเหลือง หรือเกิดการขุ่นขาว หรือต้อกระจกบริเวณคอร์เท็กซ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบควบคุมการเข้าออกของน้ำและโซเดียมของเปลือกหุ้มแก้วตา และผนังของเส้นใยแก้วตา ทำให้แก้วตาบวมน้ำเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อโปรตีนของแก้วตา จึงทำให้เกิดต้อกระจก มีผลให้การมองเห็นไม่ชัด สายตารำมัว ความยืดหยุ่นของแก้วตาลดลง บริเวณรอบ ๆ กระจกตาจะเห็นเป็นวงสีขาวหรือสีเทาที่เกิดจากการสะสมของสารไลโปโปรตีนเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการมองเห็น กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ มองภาพไม่ชัด สำหรับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ถึงร้อยละ 86.1 ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลงทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลง ร่างกายขาดการออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร และประสิทธิภาพการทำงานของเอ็นโซมในกล้ามเนื้อลดลง มีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้นเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศร่วมกับพาราไธรอยด์ฮอร์โมนทำงานเพิ่มขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนสัมผัสกัน เกิดการเสียดของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อมีได้ง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ โดยข้อที่พบว่ามีอาการเสื่อมได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อตะโพก และข้อกระดูกสันหลัง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533, หน้า 69) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2531) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษทั้งหมด และการศึกษาของฮอกส์เทลและคาสคา (Hogstel & Kashka, 1989, p.18) พบว่าระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นระบบที่มีปัญหาามากที่สุดของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาความดันโลหิตของผู้สูงอายุโดยดูจากค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (ตารางที่ 7 และ 8) ลักษณะของความดัน

โลหิตซึ่งโตลิคใช้เกณฑ์ว่าถ้าค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าค่าความดันโลหิตต่ำ ค่าความดันโลหิตระหว่าง 100-160 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นค่าความดันโลหิตปกติ ถ้าความดันโลหิตมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าค่าความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิค ถ้ามีค่าน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ถือว่า ค่าความดันโลหิตต่ำ ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง 60-90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าค่าความดันโลหิตปกติ แต่ถ้าค่าความดันโลหิตมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าค่าความดันโลหิตสูง (Buggraf & Stanley, 1989, pp. 108-109) พบว่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง จะได้รับยาควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงปกติเป็นประจำ

เมื่อพิจารณาดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index) หรือ BMI แยกตามเพศ (ตารางที่ 9) สามารถที่จะบอกความอ้วนผอมได้ โดยใช้สูตรดังนี้ (วิจิตร บุญยะโทตระ, 2533, หน้า 57)

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูงเป็นเมตร}^2}$$

ซึ่งค่าปกติในเพศชายเท่ากับ 20-27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และในเพศหญิงเท่ากับ 20-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีค่า BMI เฉลี่ย 20.56 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.21 และเพศหญิงมีค่า BMI เฉลี่ย 20.67 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.25 แสดงว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีค่าดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ไม่อ้วนหรือผอมจนเกินไป

การประเมินภาวะสุขภาพว่าดีหรือไม่คืออีกด้านหนึ่งคือ การมีโรคประจำตัว ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาล้วนส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 85.3 (ตารางที่ 10) โดยมีโรคประจำตัว 2 โรคมากที่สุด มีร้อยละ 44.1 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคข้อเสื่อม มีร้อยละ 68.9 (ตารางที่ 11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา เจริญกุล (2534) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง มีร้อยละ 43.1 ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม โดยผนังหลอดเลือดฝอยจะหนา ความยืดหยุ่นน้อยลง เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและตีบ มีการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533, หน้า 70) แต่เมื่อพิจารณาความดันโลหิตของผู้สูง

อายุ (ตารางที่ 7 และ 8) พบว่าค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับยาควบคุมความดันโลหิตเป็นประจำ จึงมีผลทำให้ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงถึงร้อยละ 90.4 มีโรคประจำตัว 1 โรคเพียงร้อยละ 7.4 โรคที่พบได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร โรคหอบหืดและโรคหัวใจ

การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะทำให้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันยังคงสามารถทำได้ เช่น การแต่งตัว การอาบน้ำ การรับประทานอาหารและการขับถ่าย ผู้สูงอายุจะมีการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงหรือกำลังมากลดลง เนื่องจากการเสื่อมโทรมของร่างกายทำให้ไม่มีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้นได้เมื่อเทียบกับสมัยที่อายุน้อย ผู้สูงอายุมักจะเปลี่ยนมาทำกิจกรรมที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือไม่ต้องใช้แรงมาก เช่น การอ่านหนังสือ การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ การปลูกต้นไม้ เป็นต้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่ทำการศึกษ พบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (ตารางที่ 14) ด้วยตนเองคนเดียวเฉลี่ยวันละ 4.91 ชั่วโมง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ สวดมนต์ เป็นต้น และเวลาในการอยู่กับผู้อื่นเฉลี่ย 5.21 ชั่วโมง เช่น การทำอาหารร่วมกัน การพูดคุยกัน เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การแบ่งเวลาในการอยู่กับคนเดียวและการอยู่กับผู้อื่นของผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความเหมาะสมและสมดุลกัน ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการประเมินว่า ความสามารถในการทำงานอดิเรกหรือมีกิจกรรมกับสังคมภายนอกลดลงจากเดิมเฉลี่ยร้อยละ 45.88 และร้อยละ 60.37 ตามลำดับ ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่เนื่องจากการเสื่อมของร่างกาย โรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงจากเดิมค่อนข้างมาก แม้ว่าความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ศึกษายังมีความสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาโดยไม่ต้องหยุดงานหรือหยุดพักเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นถึงร้อยละ 79.4 ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง โดยไม่ต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่น

ส่วนกิจกรรมที่มีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ และมีอายุยืนยาว ได้แก่ การออกกำลังกาย (Hogstel & Kashka, 1989, p.18) ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวทุกส่วน การไหลเวียนของโลหิตดี กล้ามเนื้อมีความตึงตัวและแข็งแรงมากขึ้น ข้อต่อต่าง ๆ สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาก็มีการออกกำลังกายเป็นประจำวันละ 1 ชั่วโมง (ตารางที่ 15) ยกเว้นวันเสาร์และอาทิตย์ ตามที่สถานสงเคราะห์คนชราได้ส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติ โดยมีผู้สูงอายุที่ร่วมในกิจกรรมนี้ถึงร้อยละ 77.9 ที่เหลืออีกร้อยละ 22.1 ไม่ได้เข้าร่วม

กิจกรรมเนื่องจากมีข้อจำกัดเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่หรือแผนการรักษาของแพทย์ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม และยังมีส่วนช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเอง

การส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ดีขึ้นอีกด้านหนึ่ง คือ การได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่จะนอนหลับโดยเฉลี่ยเพียงวันละ 4.28 ชั่วโมง ซึ่งปกติผู้สูงอายุที่มีอายุ 50-90 ปี จะต้องการการนอนวันละ 6-7 ชั่วโมง (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 45) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีระยะเวลาในการนอนหลับน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ได้แก่ การนอนไม่หลับ นอนหลับยาก สะดุ้งตื่นบ่อย เมื่อตื่นแล้วจะกลับมานอนหลับอีกยาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องให้ยานอนหลับ ทั้งนี้เป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับในวัยสูงอายุ โดยมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของระบบประสาท มีผลให้ลดระยะเวลาในการนอนหลับ และทำให้มีการสะดุ้งตื่นบ่อย วงจรของการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงจากปริมาณเลือกที่ไปเลี้ยงสมองลดลง และความเสื่อมของสมอง ทำให้การนอนหลับของผู้สูงอายุ ในระยะที่ 3 และ 4 ลดลง (Stone, 1991, p.365) ทำให้การหลับในระยะที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep หรือ REM sleep หรือ paradoxical sleep) ลดลงซึ่งการหลับในระยะนี้จะปรากฏหลังจากหลับไปประมาณ 70 นาที โดยจะแทรกไปในการหลับระยะที่ 3-4 จนถึงหลับสนิทได้ประมาณ 20 นาที (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 44) ร่วมกับผู้สูงอายุสะดุ้งตื่นง่ายเมื่อมีสิ่งรบกวนเพียงเล็กน้อยและจากความเสื่อมของระบบประสาท ทำให้ผู้สูงอายุต้องตื่นขึ้นมาถ่ายปัสสาวะบ่อย ทำให้การนอนหลับในระยะนี้ลดลง มีผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกหลับไม่เต็มที่ หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวนง่าย วิตกกังวลหรือมีความผิดปกติทางจิตใจอย่างรุนแรง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมใหม่ก็ทำให้มีการเปลี่ยนลักษณะนิสัยในการนอนหลับ หรือสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ เพ็ชร์ข้างเคียงของยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังก็มีผลต่อการนอนหลับได้ (McConnell, 1988, p.408) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารมณ วุฒินฤกษ์ และคณะ (2529-2530) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาอนไม่หลับถึงร้อยละ 27.07

สำหรับการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุที่ศึกษานพบได้เพียงร้อยละ 29.4 (ตารางที่ 15) เท่านั้น โดยสูบบุหรี่วันละประมาณ 4-5 มวน ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เลย อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชราที่กำหนดไว้ ไม่ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีโทษต่อสุขภาพร่างกาย ส่วนการดื่มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มวันละประมาณ 4-6 แก้ว

สำหรับการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของผู้สูงอายุที่ศึกษา (ตารางที่ 16) พบว่าส่วนใหญ่จะปัสสาวะบ่อยประมาณวันละ 10 ครั้ง ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือวันละประมาณ 8 ครั้ง ร้อยละ 35.3 ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมของระบบการขับถ่ายปัสสาวะ กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่มากภายหลังจากถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง จึงทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยครั้ง และในผู้สูงอายุเพศชายมักพบว่ามึนต่อมลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก จึงต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้น สำหรับปัญหาที่พบเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะเล็ด ทั้งนี้เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนกำลังลง จากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะหดตัวได้ไม่ดี ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ หรือจะมีปัสสาวะเล็ดออกมาเมื่อไอหรือจาม ส่วนการขับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 46.3 ขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 1 ครั้งต่อวัน ซึ่งหมายถึงหลายวันจึงจะถ่าย 1 ครั้ง และปัญหาที่พบบ่อยที่สุดเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ ท้องผูกและริดสีดวงทวาร ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากลำไส้มีการบีบตัวน้อยลง จากการที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวน้อยลง ทำให้ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนเหนียวและอัดแน่นอยู่ในลำไส้ส่วนตรง ประกอบกับกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรง จึงทำให้เกิดท้องผูกขึ้น นอกจากนี้อาจเกิดจากสัณฐานวิทยาการรับประทานอาหารที่ไม่ค่อยชอบบริโภคอาหารที่มีกากหรือเส้นใยพืช และดื่มน้ำน้อย รวมทั้งขาดการเอาใจใส่หรือไม่สนใจที่จะขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาจึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาท้องผูกได้บ่อย (สุปราณี เชื้อสุวรรณ, 2529 อ้างถึงใน ปราณี ทุไพบเรศ, 2532, หน้า 20)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลางเท่ากับ -0.63 (ตารางที่ 17) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่เป็นไปตามวัยทำให้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของเดนิสหรือความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปลดลง ได้แก่ ไม่สามารถที่จะคงไว้ซึ่งการได้รับ

อากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจและระบบทางเดินอาหารลดลง ส่วนระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระมีการทำงานลดลง ผู้สูงอายุจึงมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้การคงไว้ซึ่งหน้าที่ในการขับถ่ายไม่สามารถทำได้ตามปกติ การทำงานของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกลดลงทำให้ความว่องไวในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ประกอบกับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดลดลง จึงมีผลทำให้ความทนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือความสามารถในการทำกิจกรรมบางอย่างลดลง ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทก็มีผลทำให้แผนแผนการอันหลับของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ทำให้นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นได้ง่าย ระยะเวลาในการนอนหลับสั้นลง ผู้สูงอายุจึงได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการทำกิจกรรมกับการพักผ่อนซึ่งมีผลให้ร่างกายอ่อนแอเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุทำให้บางครั้งอยากอยู่คนเดียวมากกว่ามีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่วนความสามารถในการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของระบบผิวหนังที่ลดลงทำให้เกิดผลกดทับได้ง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533, หน้า 63) การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายทำได้ไม่ดี ประกอบกับการทำงานของประสาทสัมผัสต่าง ๆ ลดลง เช่น การได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับอันตรายจากน้ำร้อน น้ำเย็นหรือของมีคมได้ง่าย สำหรับในด้านการมีส่วนร่วมในสังคมนั้น การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากข้อจำกัดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือความเสื่อมของร่างกาย ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อสังคม ไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง และไม่มีการไปตรวจสุขภาพประจำปีอีกด้วย ดังนั้นจึงทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง

ภาวะสุขภาพที่ลดลง หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพัฒนาการผู้สูงอายุจะรบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิตหรือมีผลให้ความสามารถของบุคคลลดลง ซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามทางด้านร่างกาย (ปาพนัน บุญหลง, 2528, หน้า 116; Taylor, 1986, p.102) บุคคลจึงมีการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามเหล่านั้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น ซึ่งบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลโดยการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เดิมสู่บทบาทใหม่ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น การสูญเสียคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อนฝูง ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวไม่ทัน เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

นอกจากนี้ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่นความขัดแย้งในจิตใจ เกี่ยวกับคุณค่าหรือเป้าหมายของชีวิต การถูกคุกคามด้วยความตาย การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือสัมพันธ์ากับบุคคลอื่น เป็นต้น (McConnell, 1988, p.530) จากการศึกษาของเบลเซอร์และจอร์จ (Blazer & George, 1987) เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิตและระยะที่เกิดความวิตกกังวล พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวลได้มากกว่าความผิดปกติทางจิตใจอื่น ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดในชีวิต ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย

สำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่ทำการศึกษาค้นคว้า จะพบปัญหาเกี่ยวกับการไม่สามารถคงไว้ซึ่งหน้าที่ในการช่วยตามปกติ โดยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการช่วยพยุง (ตารางที่ 16) ได้แก่ กลืนปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปัสสาวะบ่อย ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของระบบขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และอาจเมื่อต้องออกสังคม ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติจะมีการกลืนปัสสาวะไม่อยู่หรือปัสสาวะบ่อย (Zung, 1971, p.372) ส่วนปัญหาเกี่ยวกับการช่วยอุจจาระ (ตารางที่ 16) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีภาวะท้องผูกและริดสีดวงทวาร ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดความวิตกกังวลขึ้น ประกอบกับความเครียดทางจิตใจ ความวิตกกังวลหรืออารมณ์เศร้า ทำให้เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ มีอาการท้องผูกตามมา (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 58) สำหรับในด้านการคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมกับการพักผ่อน รวมทั้งการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนั้น ผู้สูงอายุมีปัญหากับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (ตารางที่ 6) โดยมีอาการปวดเมื่อยตามข้อและข้ออักเสบ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องการการพึ่งพาจากผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า สูญเสียศักดิ์ศรีในตนเอง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นตนเองของผู้สูงอายุ (Taylor, 1986, p.102) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขึ้น สำหรับแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาค้นคว้าจะนอนหลับเฉลี่ยวันละประมาณ 4.28 ชั่วโมง (ตารางที่ 14) ทั้งยังพบปัญหานอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นง่าย กลับมานอนหลับอีกยากจากที่ตื่นในเวลากลางคืนแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลีย เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นก็ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น นอกจากนี้แบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปอาจเกิดจากปัญหาทางจิตใจ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือกลัวไม่กล้านอนหลับ ซึ่ง

ลักษณะการนอนไม่หลับ อาจเป็นแบบชั่วคราว หรือแบบเรื้อรังก็ได้ แล้วแต่ว่าปัญหาทางจิตใจนั้นมีมากน้อยเพียงใด ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะมีกลไกการนอนหลับเสียไป การหลับจะอยู่ในช่วงที่มีลูกตาเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วมากกว่า ทำให้สะดุ้งผวาตกใจง่าย ฝันร้ายและหลับไม่สนิท (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 46)

ส่วนในด้านการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่ศึกษามีระบบประสาทอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 12.9 (ตารางที่ 6) คือเป็นอัมพาต การรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ เสียไป ประสาทสัมผัสบางส่วน (ตารางที่ 6) ได้แก่ ทางการได้ยินอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี โดยมีลักษณะหูตึง ได้ยินไม่ชัด และสภาพการมองเห็นของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาสายตามัวฟาง ต้อกระจก สายตาวาย ต้อหินและต้อลม ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องอาศัยการพึ่งพาจากผู้อื่น ไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น สำหรับด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมหรือการทำกิจกรรมกับสังคมภายนอกของผู้สูงอายุนั้น ความสามารถในการทำงานอดิเรกหรือมีกิจกรรมกับสังคมภายนอกจะลดลง (ตารางที่ 14) เนื่องจากมีข้อจำกัดจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่มีอยู่ และความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลงไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง แยกตัวอยู่ตามลำพัง จากการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่ลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุจะทำได้ช้า มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขึ้น ในทำนองเดียวกัน ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ จะมีความกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากการทำงานของระบบอัตโนมัติเพื่อตอบสนองต่อภาวะดังเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ (Zung, 1971, pp.371-372) หายใจแรงเร็ว ลักษณะเหมือนหายใจไม่อิ่ม หายใจถี่ วิงเวียน แน่นหน้าอก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ท้อง เจริญหน้าอก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องหรือท้องเดิน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะบ่อย เพ่งออกมาก นอนไม่หลับ อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว มือเท้าสั่นกระตุก ปวดเมื่อยล้า เพื่อย่ง่ายอ่อนเพลีย เป็นต้น และถ้าความวิตกกังวลของผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระดับสูงหรือมีอยู่เป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายได้ (Valente & Sellers, 1990, p.248) เช่น โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร และถ้าความวิตกกังวลมีความรุนแรงมากอาจถึงกับมีพฤติกรรมที่ผิดปกติรุนแรงขึ้นจนเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ (Esberger & Hughes, 1989, p.291)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขึ้น เมื่อความวิตกกังวลมีเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวได้ก็อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทาง

ร่างกายและจิตใจขึ้นได้ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง และในทำนองเดียวกันภาวะสุขภาพที่ลดลงของผู้สูงอายุที่เป็นไปตามวัยก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลมากขึ้นด้วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพที่ลดลงในผู้สูงอายุมีแนวโน้มทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นก็มีแนวโน้มทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพลดลงเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮิมเมลฟาร์บและเมอร์เรล (Himmelfarb & Murrell, 1984) ที่พบว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

ส่วนที่ 5 ปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 91.9 จะมีปัญหาขณะที่อยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชรา ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาสุขภาพ มีร้อยละ 92.8 ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อม เช่น ระบบผิวหนัง มีความยืดหยุ่นไม่ดี ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยว และมีรอยย่น การไหลเวียนของเลือดบริเวณผิวหนังลดลงทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย (วิไลวรรณทองเจริญ, 2533, หน้า 63) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีการลดลงของมวลของกล้ามเนื้อ แคลเซียมละลายออกจากกระดูกมากขึ้นจากการลดลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกายทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย กระดูกผุ หลังโกงหรือค่อม กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง กระดูกสัมผัสกันมากขึ้นขณะเคลื่อนไหวที่เกิดการเสียด การอักเสบของข้อ ทำให้ปวดข้อ ข้อติดแข็งหรือมีการผิดรูปไปได้ (Matteson, 1988, p.176) ระบบไหลเวียนโลหิตพบว่าลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วได้ หลอดเลือดมีการแข็งตัว ตีบแคบลง ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงส่วนปลายได้ ส่วนระบบหายใจในผู้สูงอายุ ปอดจะมีความยืดหยุ่นลดลง ผนังถุงลมบางและแตกง่ายทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง การทำงานของขนกวัด และรีเฟล็กซ์การไอลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อของทางเดินหายใจได้ง่าย ประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง เช่น การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง ร่วมกับกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรงทำให้เกิดท้องผูกได้ง่าย การดูดซึมอาหารบางชนิดลดลงจึงทำให้ร่างกายของสารอาหารที่จำเป็นบางชนิดไปโดยเฉพาะเหล็ก วิตามินบี 12 และโฟเลต ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีฟันเหลืออยู่ต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต่อม้ำลายทำงานลดลง ปากและลิ้นแห้ง ทำให้มีการติดเชื้อในปากได้ การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะทำงานลดลง ทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะ

บ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือเกิดปัสสาวะเล็ดได้ ส่วนระบบประสาทในผู้สูงอายุ เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ทำให้มีอาการหลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ แผนแผนการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลง เช่น นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นง่าย นอนหลับในระยะเวลาสั้น ๆ การทำงานของระบบสัมผัสลดประสิทธิภาพลง ทำให้มีอาการหูดัง การรับกลิ่นไม่ดี การมองเห็นเลวลง แก้วตาเริ่มขุ่น เกิดต้อกระจก สายตาวัว ตาพร่ามัว นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้การทำงานของฮิรโมนต่าง ๆ ลดลง มีผลให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น อวัยวะต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมและสูญเสียหน้าที่ ในบางรายอาจพบความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้าได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะมีผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโอกาสเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้นได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษา ได้แก่การศึกษาของบรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2531) ที่พบว่าปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของผู้สูงอายุ การศึกษาของนาพร ชัยวรรณ และคณะ (1988) เกี่ยวกับสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญอยู่คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจและด้านสุขภาพอนามัย จากรายงานการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและกองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2528) เกี่ยวกับลักษณะทางประชากร สังคมและสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัย เป็นปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ และการศึกษาของนิศา ชูโต (2525) เกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและโครงสร้างทั่ว ๆ ไปของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหาเศรษฐกิจและสุขภาพอนามัย

สำหรับปัญหาการอยู่ร่วมกัน เป็นปัญหาอันดับ 2 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านั้นมาจากหลายแห่ง มีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น การดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น เมื่อมาอยู่ร่วมกันจำเป็นต้องมีการปรับตัวเข้าหากัน ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดีและเหมาะสม จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อีกทั้งการปรับตัวของผู้สูงอายุทำได้ยากและช้า จะทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น ความไม่เข้าใจกัน เกิดความขัดแย้งกันขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิตร่วมกันในสถานสงเคราะห์คนชรา นอกจากปัญหาสุขภาพและปัญหาการอยู่ร่วมกันแล้ว ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรายังมีปัญหาเกี่ยวกับความเหงาและว้าเหว่ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ในวัยสูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อม ทำให้ไม่สามารถเข้าสังคม

หรือทำกิจกรรมภายนอกสังคมได้ บางรายถูกทอดทิ้งจากบุตรหลานเนื่องจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งด้านโครงสร้างและความผูกพันในครอบครัว ทำให้ลักษณะครอบครัวไทยซึ่งเดิมเป็นครอบครัวขยายกลายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและนำไปสู่ความว่าเหวได้ นอกจากนี้การขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของร่างกายหรือความเจ็บป่วยต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจากอยู่ร่วมกับครอบครัวมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ต้องห่างไกลจากบุคคลที่ตนเองรักและผูกพัน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ จากการสูญเสียต่าง ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกว่าเหวได้ ซึ่งจากการศึกษาของสุพรรณิ นันทชัย (2534) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพและระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ