

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านเหมืองผา หมู่บ้านทองผา หมู่บ้านหัวดง และหมู่บ้านบ้านเกาะ ตำบลริมเหนือ อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 169 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างค้างนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การสุ่มแบบแบ่งพวกชั้น (stratified random sampling) และ การสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและดัดแปลงมาใช้ ผู้ศึกษา นำเครื่องมือไปหาความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่หมู่บ้านหนองตาล ตำบลริมใต้ อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน โดยแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.8

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์และการสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไค-สแควร์ และฟิชเชอร์ เอกเชคท์ ซึ่งสรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการศึกษา ดังนั้

สรุปผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 169 คน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 60-92 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.7 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือสถานภาพสมรสหย่า พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีสถานภาพสมรสคู่มากกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีสถานภาพสมรสหย่ามากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุทั้งหมดมีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา ในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 50.3 และ 46.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 72.2 รองลงมาคือ มีอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 11.8 รายได้ที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายบุตรหลานเป็นผู้ให้ คิดเป็นร้อยละ 55.1 มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีรายได้จากการทำงานด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 31.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 1 - 1,700 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.2 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 1,783.24 บาท รายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่เพียงพอต่อการใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 59.2 ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้เหลือเก็บและไม่พอใช้มีจำนวนใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 20.7 และ 20.1 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 1 - 4 คน ซึ่งประกอบไปด้วยคู่สมรสและบุตรหลาน และที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 5.9 และอาศัยอยู่กับผู้อื่น ร้อยละ 1.2 ในด้านการมีส่วนร่วมกับสังคมพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคม 2 สถานภาพ คือ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกงานกิจกรรมบ้าน และการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 51.9 และ 41.9 ตามลำดับ

2. ปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์และสังเกตขณะสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุ พบปัญหาและอุปสรรคซึ่งสรุปได้ดังนี้คือ

2.1 สุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ ด้านตา พบว่า มีอาการตามัว คิดเป็นร้อยละ 54.5 และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องตามัว ต้องใช้แว่นตาช่วยในการมอง ร้อยละ 52.2 ด้านหู พบว่า

ผู้สูงอายุมีอาการหุ้ดงร้อยละ 15.4 และมีเพียงร้อยละ 7.7 ที่ใช้เครื่องช่วยฟัง ด้านฟัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องฟันโยกและฟันหลุดคือร้อยละ 63.3 สำหรับด้านอุบัติเหตุผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 81.7 ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุเลย และส่วนใหญ่ร้อยละ 76.3 ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ส่วนกลุ่มที่เคยได้รับการผ่าตัดร้อยละ 23.7 เคยได้รับการดมยาสลบร่วมด้วยร้อยละ 82.5

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุยังดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 11.8 และสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 45.0 การตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพสม่ำเสมอร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอและไม่เคยตรวจร้อยละ 36.1 และ 14.8 ตามลำดับ

2.3 การมีโรคประจำตัว พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 79.6 แต่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 17.2 พบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือปวดข้อ รองลงมาคือ ปวดหลัง ปวดศีรษะ และกระเพาะอาหาร คือร้อยละ 66.3 38.5 25.5 และ 20.1 ตามลำดับ

3. ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกี่ยวกับ การวัดระดับความสามารถทางด้านร่างกาย ถ้าพิจารณาในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสามารถอยู่ในเกณฑ์ที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 77.5 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางกิจกรรมและที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 21.9 และ 0.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับความสามารถจำแนกตามกิจกรรมในแต่ละด้าน พบว่า กิจกรรม 3 อันดับแรกของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ได้แก่ การแต่งตัว (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน และโกนหนวด) คิดเป็นร้อยละ 98.2 รองลงมาคือความสามารถในการกลืนอาหาร คิดเป็นร้อยละ 97.6 และการดื่กอาหารรับประทานเอง การอาบน้ำ คิดเป็นร้อยละ 93.5 เช่นกัน ส่วนกิจกรรมที่ต้องมีผู้ให้การช่วยเหลือพบมากที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายตนเองภายในห้องหรือบ้าน คิดเป็นร้อยละ 13.6 รองลงมาคือ การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ร้อยละ 12.4

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา พบว่า อายุ กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วน เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กัน

4.2 ลักษณะเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า รายได้ กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วน ลักษณะการอยู่อาศัย กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กัน

4.3 ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพ กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

อภิปรายผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 อายุและเพศ กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 74 ปี ผู้สูงอายุวัยนี้สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (young old) ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ยังชราไม่มาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ถ้าสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี แต่ถ้ามีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จะถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง (Yurick et al., 1980 : 3) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นลักษณะที่สอดคล้องกับการศึกษาของควากิลล์ ซึ่งศึกษาในเรื่อง บทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่พบว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีสตรีมากกว่าบุรุษ (Cowgill อ้างใน จำเริญ กุระสุวรรณ, 2533 : 7)

1.2 สถานภาพสมรส จากการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ สังคมวัฒนธรรมและประเพณีไทยของชาวชนบทไม่นิยมให้มีการหย่าร้าง หรือ แยกกันอยู่ของคู่สมรส และอาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ทำให้การตายจากกันมีน้อย จึงทำให้พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ และเมื่อเปรียบเทียบสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่าเพศหญิงมีอัตราส่วนการเป็นหม้ายสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อายุขัยเฉลี่ยของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ทำให้การมีชีวิตยืนยาวกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของควากิลล์ (Cowgill อ้างในจำเริญ คุรุเมสุวรรณ, 2533 : 7) และสอดคล้องกับสถิติของ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2535) ที่แสดงให้เห็นว่า อายุขัยเฉลี่ยของเพศหญิงสูงกว่าอายุขัยเฉลี่ยของเพศชาย คืออายุ 70.5 ปี และ 65.8 ปี ตามลำดับ สำหรับเพศชายพบว่า มีสถานภาพสมรสคู่มากกว่าเพศหญิง ที่เป็นเช่นนี้อาจพิจารณาได้ว่าผู้สูงอายุ เพศชายอาจจะมีการสมรสใหม่ หลังจากคู่สมรสเสียชีวิตไปแล้ว ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงจะ ไม่มีการสมรสใหม่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ค่านิยมดั้งเดิมของสังคมไทยโดยทั่วไปสตรีที่มีอายุมากแล้วมักจะ ไม่ทำการสมรสใหม่ เพราะถือว่า ไม่เหมาะสม ขณะที่ผู้ชายสามารถสมรสใหม่ได้ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุเท่าใด (เกริกศักดิ์ บุญยานุพงศ์ และคณะ, 2533:18) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ , มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532 : 20) พบว่า เพศหญิงมีอัตราส่วนของการอยู่คนเดียวสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก แนวโน้มของเพศชายที่ชอบแต่งงานกับหญิงที่มีอายุอ่อนกว่า และชายหม้ายมีโอกาสดังงานใหม่มากกว่าหญิงหม้าย

1.3 ระดับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.3 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 46.7 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในอดีตนั้นประชาชนขาดโอกาสในการศึกษาโดยเฉพาะเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า สังคมในสมัยก่อนมองว่าเพศชายต้องเป็นผู้นำและประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว ประกอบกับวัฒนธรรมประเพณีดั้งเดิมนิยมให้เพศหญิงทำงานเป็นแม่บ้าน ซึ่ง นราพร ชโยวรรณ (2528: 1-37) กล่าวว่า ผู้สูงอายุไทยมีอัตราความรู้หนังสือต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่นมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงจะต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ มีเพียงร้อยละ 44 เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วประเทศ ทุกอายุที่รู้หนังสือมีถึงร้อยละ 90

1.4 อาชีพ ส่วนมากพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุเห็นว่าวัยนี้เป็นวัยที่พ้นจากการทำงานและต้องการพักผ่อน และส่วนหนึ่งมาจากค่านิยมที่สังคมมองเห็นว่า ผู้สูงอายุควรจะได้พักผ่อนและให้บุตรหลานเลี้ยงดู เพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ แต่ก็มีผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังทำงานหาเลี้ยงชีพเพราะขาดคนเลี้ยงดู และบางส่วนเป็นเพราะมีความสุขกับการได้ทำงาน ซึ่งการทำงานทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ (เกริกศักดิ์ และสุรี บุญานุพงศ์, 2533 : 4)

1.5 รายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เท่ากับ 1,783 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญานุพงศ์ และคณะ (2533 : 21) เรื่อง ชีวิตคนชรา ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุเท่ากับ 1,772 บาท ซึ่งต่ำกว่ารายได้ประชาชาติต่อคนของประเทศไทย และของจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ารายได้ประชาชาติต่อคนต่อเดือน เท่ากับ 2,669 บาท และของจังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 2,060 บาท ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2532 : 9) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่า รายได้ที่ได้รับเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และกว่าครึ่งของผู้สูงอายุได้รับรายได้จากบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ชนะกอกและคณะ (2535 : 77) เรื่อง แบบแผนสุขภาพ ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับรายได้จากบุตรหลานและเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษา เป็นครอบครัวที่อยู่ในเขตชนบท ซึ่งมีขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุตรหลาน จะต้องตอบแทนผู้มีพระคุณโดยการเลี้ยงดูบิดามารดา ประกอบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ จะมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง จึงไม่มีการะในการใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าเช่าบ้าน และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ภายในครอบครัว จึงทำให้มีรายได้ที่ได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่าย

1.6 ลักษณะทางสังคม พบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวน 1-4 คน ซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 56.2 สมาชิกในครัวเรือนประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุคู่สมรสและบุตรหลาน หรือผู้สูงอายุกับคู่สมรสเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่ศึกษา ประชาชนในหมู่บ้านโดยเฉพาะวัยหนุ่มสาวนิยมเข้าไปทำงานตามเขตเมืองหรือต่างจังหวัด และนำบุตรหลานมาให้ผู้สูงอายุดูแล โดยให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในครอบครัวเป็นรายเดือน และเป็นผลมาจากโครงสร้างของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ชนะกอก และคณะ (2535 : 77) ซึ่งพบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายถึงร้อยละ 58.6 ผลจากการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 5.9

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญบุญพงศ์ และคณะ (2533 : 38) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพังมีจำนวนร้อยละ 5 เป็นคนชราในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง และอีกประมาณร้อยละ 8 อาศัยอยู่สองคนกับคู่สมรส จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 1.2 อาศัยอยู่กับผู้อื่นซึ่งไม่ใช่ญาติ แต่ลักษณะการอยู่อาศัยเป็นแบบการอุปถัมภ์คำชูให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เปรียบเสมือนญาติในครอบครัวเดียวกัน

สำหรับสถานภาพทางสังคมที่พบส่วนใหญ่มี 2 สถานภาพ คือ เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมเป็นสมาชิกงานกิจกรรมของหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญบุญพงศ์และคณะ (2533 : 101) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการที่จะมีกิจกรรมต่อสังคมบ้าง โดยเฉพาะการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกัน จึงพบว่าในพื้นที่ที่มีชมรมผู้สูงอายุจะมีผู้สูงอายุไปเข้าร่วมกิจกรรมกันมาก

2. ปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

2.1 สุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านฟันร้อยละ 63.3 รองลงมา คือ ปัญหาด้านตาและด้านหู ร้อยละ 54.5 และ 15.4 ตามลำดับ ส่วนปัญหาการได้รับอุบัติเหตุและการผ่าตัด พบร้อยละ 18.3 และ 23.7 ตามลำดับ

ปัญหาด้านตา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการตามัว และต้องใช้แว่นตาช่วยในการมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ชนะกอก และคณะ (2535 : 84) ที่พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีปัญหาเกี่ยวกับสายตา และการศึกษาของราตรี โอภาส และคณะ (2535 : 55) ที่พบว่า ปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาด้านสายตา ร้อยละ 60.4 สำหรับการศึกษาของ จินตนา วาฤทธิ์ และคณะ (2533 : 60) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสายตาเช่นกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญบุญพงศ์ และคณะ (2533 : 60) ซึ่งศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีสายตาดี (ไม่ต้องใช้แว่นตาเป็นประจำ) ปัญหาทางด้านสายตาของผู้สูงอายุ เป็นผลเนื่องมาจากลูกตามีการเปลี่ยนแปลงโดยจะมีขนาดเล็กลง เพราะจำนวนไขมันหลังลูกตาน้อยลงทำให้เกิดตาเลิการเคลื่อนไหวช้า ชอบเซตการเห็นแคบ กำลังการปรับแสงในที่มืดต่ำ มีการเสื่อมโทรมของ

ประสาทตา รูม่านตาแคบ มีความไวต่อแสงน้อย ทำให้มองเห็นภาพไม่ชัด (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524 : 30) นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคตาที่พบมากในผู้สูงอายุ คือ โรคต้อกระจก

ปัญหาด้านหู พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการได้ยินปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญยานุพงศ์ และคณะ (2533 : 60) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่การฟังเสียงยังได้ยินชัดเจนดี แต่มีบางส่วนคือร้อยละ 15.4 ที่พบว่ามีอาการหูตึง และมีเพียงร้อยละ 7.7 ที่ใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอำไพ ชนะกอก และคณะ (2535:84) ที่พบว่าร้อยละ 21.17 ของผู้สูงอายุประสบปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของ เบิร์ชแนล และสตริงท์ (Birchenall and Streight อ้างในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533: 67) กล่าวว่า 1 ใน 4 ของคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการได้ยินลดลงและมีอาการหูตึงมากขึ้นซึ่งอธิบายได้ว่า อาการหูตึงมีสาเหตุมาจาก มีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นใน ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 สูญเสียหน้าที่ (auditory nerve) ทำให้เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวหลุดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการสื่อสารมีสาเหตุมาจากการสูญเสียการรับรู้ ได้แก่ สายตา การได้ยิน การรับรส การได้กลิ่น และการสัมผัส การสูญเสียการได้ยินจะลดลงทีละน้อยตามอายุ เมื่อสูญเสียการได้ยินมากขึ้นจนถึงจุดที่ประสาทหูฟังคำพูดไม่รู้ความหมาย จะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวล ไม่สบายใจ และอารมณ์หงุดหงิดง่าย (กุลยา ตันติผลาชีวะ , 2524 : 49-50) จากผลการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.4 ที่มีอาการหูตึง และมีเพียงร้อยละ 7.7 ที่ใช้เครื่องช่วยฟัง สำหรับแนวทางแก้ไขที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อสื่อสารได้สมบูรณ์ นอกจากการดูแลให้ผู้สูงอายุใช้เครื่องช่วยฟังอย่างถูกต้องแล้ว ขณะพูดคุยกับผู้สูงอายุผู้ให้การดูแลควรปรับเสียงพูดให้ชัดเจน พูดช้า ๆ ชัด ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับฟังทำความเข้าใจและตีความหมาย เพื่อจะได้โต้ตอบได้ถูกต้อง โดยควรพูดขยายความและทักช่วงให้ผู้สูงอายุได้คิด (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524: 50) จากปัญหาดังกล่าว ถ้าผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และเทคนิคการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดีตามคำแนะนำของผู้ให้การดูแล

ปัญหาด้านฟัน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใส่ฟันปลอมเพื่อช่วยในการขบเคี้ยว และจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ไม่มีปัญหาในการใช้ฟันปลอมช่วยขบเคี้ยวอาหาร ส่วนใหญ่เคี้ยวหนัดและสะดวกดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเคยชินและสามารถปรับตัวได้ กับการ

ใส่ฟันปลอมเนื่องจากใส่มาเป็นระยะเวลานาน แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรจะแนะนำให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีก็คือ การดูแลสุขภาพสะอาดของปากและฟัน โดยแนะนำให้บ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร สอนการแปรงฟันอย่างถูกวิธีโดยใช้แปรงสีฟันนุ่ม ๆ ฟันปลอมจะต้องถอดออกมาล้างให้สะอาดทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำย่อยในน้ำลายทำให้ฟันปลอมชำรุดและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อในช่องปาก ในเวลากลางคืนควรถอดฟันปลอมออกเพื่อให้เนื้อเยื่อในช่องปากได้พัก สำหรับอาหารควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง เนื่องจากประสิทธิภาพในการย่อยอาหารลดลง ทำให้การดูดซึมอาหารไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ น้อยลง (วรรณิ์ จันทร์สว่าง, 2530 : 120-120)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอร้อยละ 49.1 เคยได้รับการตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอและไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพเลย มีร้อยละ 36.1 และ 14.8 ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุที่ยังดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ มีร้อยละ 11.8 และ 45.0 ตามลำดับ

การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกว่าครึ่งไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือเคยแต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531:71) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80.1 ไม่เคยตรวจเช็คร่างกายของตนเองเลย สำหรับผู้สูงอายุที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอร้อยละ 49.1 เมื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าเป็นการเข้ารับการตรวจสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้าน ซึ่งเจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัยจะเป็นผู้มาให้บริการ กิจกรรมที่ให้คือ ชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดสัญญาณชีพ พร้อมทั้งตรวจเช็คและสอบถามอาการทั่ว ๆ ไป เมื่อมีอาการผิดปกติจึงจ่ายยาให้ จะเห็นว่าผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจถึงความหมายของการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างถูกต้อง การตรวจสุขภาพ เป็นกิจกรรมสำคัญประการหนึ่งของการรักษาสุขภาพ ทำให้ได้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้นสามารถป้องกันรักษาและบำบัดโรคได้ทันเวลาที่ เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528:67-70) กล่าวว่าผู้สูงอายุควรมีการตรวจร่างกายปีละ 1 ครั้ง สิ่งที่ควรตรวจคือ การตรวจวัดความดันโลหิตสูง การตรวจปัสสาวะและเลือด การตรวจความผิดปกติของตา หู และฟัน การเอกซเรย์เพื่อดูสภาพปอดและหลอดลม การตรวจหัวใจด้วยการฟัง หรือตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ การตรวจเฉพาะแห่ง เช่น ต่อมลูกหมาก มดลูก และการตรวจประเมินสุขภาพจิต กรณีที่มีปัญหาทางจิตใจ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบข้อมูลสนับสนุนคือ มีผู้สูงอายุบางส่วนไม่ทราบว่าตนเองมีโรคประจำตัวเหล่านี้หรือไม่

ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง คือร้อยละ 31.4 7.7 และ 1.2 ตามลำดับ ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ไทมาร์ส (Timaras อ้างในนารินทร์ จิตรมณรี, 2533 : 174) กล่าวว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานพบได้มากถึงร้อยละ 16 ในขณะที่บุคคลวัยอื่นพบเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ผลของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายคือ ระบบหลอดเลือด ระบบไต ตา ระบบประสาท และระบบผิวหนัง โดยเฉพาะความผิดปกติของระบบหลอดเลือดอาจทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และอาจเกิดอัมพาตและอัมพฤกษ์ได้เนื่องจากหลอดเลือดในสมองตีบตัน อาการดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาที่ผู้สูงอายุขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น อาจเนื่องมาจากขาดการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพหรือผู้เชี่ยวชาญ หรืออาจเกิดจากความไม่ใส่ใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพ นภาพร ชโยวรรณ (2528 : 1-37) กล่าวว่าการศึกษา อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ทำให้ขาดความรู้พื้นฐานที่จะพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง ดังนั้นการจัดบริการให้มีการค้นหาผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปีจะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยลดความพิการของผู้สูงอายุลงได้

การดื่มสุราและสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ดื่มสุรา คือ ร้อยละ 88.2 แต่ยังมีบางส่วนที่ดื่มสุราเป็นประจำคือร้อยละ 11.8 สำหรับการสูบบุหรี่พบว่า ในอดีตผู้สูงอายุสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 78.7 แต่ปัจจุบันผู้สูงอายุสูบบุหรี่ลดลงเหลือ ร้อยละ 45.0 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากค่านิยมของคนไทยที่เชื่อว่าการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เป็นเรื่องปกติของการเข้าสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานพงศ์ และคณะ (2533 : 60) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ได้ดื่มสุราเป็นประจำ จะดื่มเฉพาะเมื่อออกงานสังสรรค์ และเมื่อมีอายุมากขึ้นไม่ได้ออกงานสังสรรค์จึงเลิกดื่ม สำหรับบุหรี่ยังพบว่าประมาณร้อยละ 35.0 ของผู้ที่เคยสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว และจากการศึกษาของนริศรา สิลามานิตย์ พบว่ายังมีผู้สูงอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำร้อยละ 7.7 และสูบบุหรี่เป็นประจำแต่เลิกแล้วร้อยละ 11.54 จะเห็นว่ามีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เนื่องจาก บุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (cerebro-vascular disease) ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และทำให้ผู้สูงอายุถึงแก่กรรม การเกิดพยาธิสภาพที่ผนังหลอดเลือดของสมอง จะเป็นผลทำให้

เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งจะทำให้สมองส่วนที่ขาดโลหิตไปหล่อเลี้ยง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น มีอัมพาตครึ่งซีก หรืออัมพาตของใบหน้า คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมวุฒิสภา (2534 : 15, 17, 18, 23) กล่าวว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดมะเร็งปอด สำหรับสุรา พบว่า เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของการทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม (dementia) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้ จะมีอาการตั้งแต่มีอาการน้อยจนถึงมีอาการมากจนไม่สามารถช่วยตนเองได้ เช่น มีอาการซึมเศร้า จำชื่อคนที่รู้จักไม่ได้ ชอบเดินออกนอกบ้าน ลืมถนนหนทางและหาทางกลับบ้านไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ต้องมีผู้ช่วยเหลือ จะเห็นว่าสุราและบุหรี่เป็นบ่อนทำลายสุขภาพ ถ้ามีการส่งเสริมให้ละ เลิกการดื่มสุราและสูบบุหรี่ เชื่อว่าจะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีอายุยืนยาวออกไปอีก และจะมีผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมากขึ้น

การได้รับอุบัติเหตุและการได้รับการผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุ แต่มีบางส่วนร้อยละ 18.3 ที่เคยได้รับอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุจากการหกล้ม และการจราจรเป็นส่วนใหญ่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ จันทมุขะกุล (2526 : 154) ได้ศึกษาถึงอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการจราจรร้อยละ 22.1 ผู้สูงอายุเมื่อได้รับบาดเจ็บแล้วการรักษาพยาบาลค่อนข้างยาก การฟื้นฟูสมรรถภาพต้องใช้เวลาาน และอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่จนทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ จากการศึกษาพบว่าข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุคือ การมีปัญาเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน และการมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอาภา ใจงาม (2533 : 380-392) กล่าวว่า การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มและการจราจรมีสาเหตุมาจาก การมองเห็นของต่าง ๆ ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มได้ และการสูญเสียการได้ยินซึ่งจะมีมากขึ้นเป็นลำดับตามอายุที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับรถหรือการเดินถนนได้ นอกจากนั้นพบว่า การมีปัญาเกี่ยวกับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ สำหรับปัญาเกี่ยวกับการผ่าตัดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดเกี่ยวกับไส้ติ่ง กระเพาะอาหาร มดลูก และก้อนเนื้อบริเวณขา ซึ่งหลังผ่าตัดผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

2.3 การมีโรคประจำตัว พบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาคือ โรคปวดข้อร้อยละ 66.3 รองลงมาคือ โรคปวดหลัง และโรคปวดศีรษะ

พบร้อยละ 38.5 และ 25.4 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทโยชคิตติคุณ (2534 : 44) พบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบได้มากที่สุดคือ โรคกระดูก และข้อ ร้อยละ 59.57 รองลงมาคือ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เป็นลม หน้ามืด ร้อยละ 28.72 และ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ ชนะกอก และคณะ (2535 : 84) เกริกศักดิ์ บุญฐานพงษ์และคณะ (2533 : 60) บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2525 : 13) ที่พบว่า ปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุคือ โรคปวดข้อ (โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก) โรคดังกล่าวเกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา หากผู้สูงอายุได้มีการเตรียมตัวและปฏิบัติตนให้ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายที่พอเหมาะตั้งแต่เริ่มแรกก่อนถึงวัยสูงอายุ จะช่วยลดความเสื่อมเหล่านั้นได้ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้สูงขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ช่วยเหลือตนเอง ได้ทั้งหมด ร้อยละ 77.5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุวัยต้น คือมีช่วงอายุ ระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ยังชราไม่มาก สามารถทำงานได้ ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี (Yurick et al., 1980 : 31) ผู้สูงอายุวัยนี้ลักษณะการเสื่อมของเซลล์อยู่ในระยะเริ่มต้นของการเสื่อม ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีอนุมูลอิสระ (the free radical theory) นั่นคือ ความแก่เกิดจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งมีความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมีมาก เมื่อมีการสะสมจะทำให้เกิดความผิดปกติของยีนและทำลายสภาพทางเซลล์เนื้อเยื่อตลอดจนอวัยวะต่าง ๆ (จินทนา รณฤทธิ์วิชัย, 2533 : 44-58) แสดงว่า เมื่ออายุมากขึ้นการเสื่อมสภาพของเซลล์จะมีมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2533 : 24) จรรยา เสี่ยงเสนาะ และพันธุ์ทิพย์ รามสูตร (2529 : 137) นิรนาท วิทโยชคิตติคุณ (2534 : 72) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงดี ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไปอยู่ในระดับสูง สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ดีจึงสามารถดูแลตนเองได้ตามต้องการและสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี จันทรสว่าง (2523 : 74) ดวงฤดี ลาคุชะ (2528 : 82) พรทิพย์ ช้างสุทธิ (2533 : 70) อำไพ ชนะกอก (2535 : 80)

เกริกศักดิ์ บุญานพงศ์และคณะ (2533 : 100) นริศรา ลีลามานิตย์ (2534 : 107) และ รัตวี โอภาส (2535 : 49) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนมากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และมีการเคลื่อนไหวเป็นปกติ เมื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละด้านพบว่า กิจกรรมที่ช่วยตนเองได้ดีที่สุดคือ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟันและโกนหนวดคือ ร้อยละ 98.2 รองลงมาคือ ความสามารถในการกลืนอาหารร้อยละ 97.6 ส่วนกิจกรรมที่ต้องมีผู้ให้การช่วยเหลือมากที่สุดคือ การเคลื่อนย้ายตนเองภายในห้องหรือบ้านร้อยละ 13.6 รองลงมาคือ การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ร้อยละ 12.4 จากแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 : 10) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย จึงทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสนับสนุนให้ผู้สูงอายุต้องรักษาระดับความสามารถในการดูแลตนเองให้คงอยู่ โดยเฉพาะกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ การแต่งตัว (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟันและโกนหนวด) กิจกรรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแต่งตัว ซึ่งความสามารถในการแต่งตัวจะขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของข้อ และการทรงตัวของผู้สูงอายุ (มยุรี เพชรอักษร, 2533 : 68) ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อมูลสนับสนุนคือ ถึงแม้ว่าจะพบผู้สูงอายุมีโรคปวดข้อ แต่ส่วนใหญ่เป็นการปวดบริเวณข้อเข่าและข้อเท้า จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวของข้อมือในการปฏิบัติกิจกรรม ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ดีรองลงมาคือ ความสามารถในการกลืนอาหาร ปัญหาในการกลืนอาหารส่วนใหญ่เกิดจากกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณทวารหนักเสีย เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะหรือในผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเส้นเลือดฝอยแตก โรคอัมพาตและ ผู้ที่มีสภาพจิตสับสน (บรรลุ ศิริพานิช, 2533 : 118-121) แต่จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นอัมพาตมีจำนวนน้อยคือ ร้อยละ 4.7 และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่สูงอายุตอนต้น จึงมีการเสื่อมของเซลล์น้อย ทำให้มีความสามารถในการกลืนอาหารได้ดี สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตแม้ว่าจะมีจำนวนน้อย แต่มีความต้องการมากในด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับการคงไว้ ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล การคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะทำให้มีการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลดีต่อตัวผู้สูงอายุคือ ทำให้มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์ มีอายุยืนและมีชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 : 18) สำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการให้มีผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายตนเองภายในห้องหรือบ้าน รองลงมาคือ การลุกนั่งจากที่นอน

หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความไวของระบบประสาท การมีสายตาที่ดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีการทรงตัวที่ดี (รัชตะ รัชตะนาวิน, 2536 : 123) เช่นเดียวกับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคปวดข้อโดยเฉพาะบริเวณข้อเข่า และโรคอัมพาตซึ่งทำให้ความดิ่งตัวของกล้ามเนื้อลดลง โรคความดันโลหิตสูง และมีอาการตามัว องค์ประกอบเหล่านี้มีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์สมบัติ (2535 : 94) พบว่า ปัญหาความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองคือ การเดินทาง เนื่องจากไม่สามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง ต้องให้ผู้อื่นช่วยนำทาง หรือพาไปส่งซึ่งมีสาเหตุมาจาก สายตาไม่ดี ปวดข้อเข่า และมีอาการวิงเวียน มึนงงศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2536) ที่ศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุในสัปดาห์ละ 1 เดือน พบว่า ภาวะทุพพลภาพที่พบบ่อยคือ โรคเส้นเลือดสมองตีบและแตก (stroke) และชนิดของภาวะทุพพลภาพที่พบ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การหยิบจับ และการมองเห็น การมีกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้ที่มีความค่าและเป็นที่ยอมรับของสังคม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา พบว่า

4.1.1 เพศ กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์สมบัติ (2535: 105) นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 46) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2525: 12-13) และ นภาพร ชัยวรรณ , มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 14-16) ที่พบว่า เพศหญิงแข็งแรงน้อยกว่าและมีปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดใกล้เคียงกัน ประกอบกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อตนเอง ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย จำเป็นต้องพัฒนาและคงความสามารถของตนไว้ ตราบใดที่ยังรู้สึกว่าคุณเองสามารถปฏิบัติได้ จึงไม่พบความแตกต่าง

ระหว่างเพศ

4.1.2 อายุ กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 58.0 ส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 19.5 ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ กล่าวว่าการแก่ถูกกำหนดไว้แล้วโดยมีรหัสอยู่ในยีน สิ่งมีชีวิตแต่ละสายพันธุ์จะมีอายุขัยแตกต่างกันไป ซึ่งกระบวนการแก่ ประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนา และการเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุดเมื่อถึงเวลาที่กำหนดไว้ (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2533 : 44-58) แสดงให้เห็นว่าบุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นเซลล์ต่าง ๆ จะเสื่อมลง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง สุทธิพันธุ์ จิตะพันธุ์กุล (2536 อัดสำเนา) กล่าวว่า สมรรถภาพของร่างกายจะลดลงเรื่อย ๆ ตามอายุ และเมื่อถึงช่วงอายุ 80 -85 ปี สมรรถภาพที่คงเหลืออยู่ไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ยูริค และคณะ (Yurick et al., 1980: 31) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ถือว่าเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่ยังชราไม่มากสามารถทำงานได้ ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง มีผลการศึกษาที่สนับสนุนพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับสภาพร่างกาย คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า จะมีระดับความสามารถของร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุสูงกว่า (จรรยา เสียงเสนาะ และพันธุ์ทิพย์ รามสูตร 2529 : 133-136) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุ ควรเน้นผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปโดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยจัดหาผู้ดูแลและแหล่งประโยชน์พึงพึงให้ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองให้ยืนยาวออกไป

4.1.3 สภาพสมรส กับ ความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้ที่มีสภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือ แยก กับผู้ที่มีสภาพสมรสคู่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาจึงไม่สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่า ความรู้สึกหว่าเหว รู้สึกตนเองไม่มีค่า รู้สึกถูกครอบครองทอทั้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเพิกเฉยต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ (จำเรียง คุรุเมสุวรรณ, 2533 :9) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534 : 116) จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535 :105) และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 46) ที่พบว่าสภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มผู้สูง

อายุแม้จะมีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าหรือแยก จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้สูงอายุ ไม่ได้อาศัยอยู่ตามลำพัง ส่วนใหญ่มีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และต่างก็ได้รับกำลังใจ จากสมาชิกในครอบครัว และอาศัยอยู่ด้วยกันอย่างปกติสุขจึง ไม่รู้สึกเหงาหรือถูกครอบครัวทอดทิ้ง เพราะ สภาพสังคมเป็นตัวบ่งชี้แรงสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ตลอดจนการช่วยเหลือจากสามีหรือภรรยาที่เป็นบุคคลใกล้ชิด และบุคคลใน ครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เกิดความมั่นคง ทางอารมณ์ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ได้ดี

4.1.4 การศึกษา กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528: 24-25) และผลการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ (2528: 1-37) ที่พบว่า การศึกษาทำให้ คนพัฒนาและสามารถเรียนรู้ในการทำให้ตนเองมีสุขภาพดี ผู้มีการศึกษาน้อยมักไม่เข้าใจถึงวิธีการ ดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาในชั้นประถมศึกษา ทำให้ระดับความรู้ไม่แตกต่างกันมากนัก และประกอบกับผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมามาก และได้รับความรู้จากแหล่งอื่นนอกเหนือจากสถานศึกษา เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สังคมและสื่อสารมวลชนต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการให้บริการสาธารณสุข เป็น ระบบบริการแบบเชิงรุก ได้จัดให้มีชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน จัดให้มีการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุ ทุกคนมีโอกาสได้รับข่าวสารด้านสุขภาพเท่าเทียมกัน จึง ไม่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างการ ศึกษา กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.2 ลักษณะเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า

4.2.1 รายได้ กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้มีความสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 66.3 ส่วนผู้ที่ไม่มียาได้ มีความสามารถช่วยเหลือตนเอง ได้ทั้งหมด ร้อยละ 11.2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อสุขภาพโดยตรงคนที่ฐานะดี สามารถที่จะเลือกทำกิจกรรมที่ตนเองพอใจ มีโอกาสหาความสุข และหาแหล่งประโยชน์ที่จะทำให้ ตนเองมีสุขภาพดี แต่คนที่ยากจน จะขัดสนเรื่องเงินที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาสุขภาพ จึงทำให้เกิดโรคได้ง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถของร่างกาย ในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน มีผลการศึกษาที่สอดคล้อง พบว่าผู้ที่มีรายได้ดีจะมีการปฏิบัติดูแลสุขภาพอนามัยของ

ตนเองดี (นริศรา ลีลามานิตย์, 2534: 117) และรายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและ
กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความสามารถในการใช้จ่ายเงิน
เพื่อการรักษาสุขภาพให้กับตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535: 106)
ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างเพียงพอโดยหางานที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุทำ จะเป็น
การส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง

4.2.2 ลักษณะการอยู่อาศัย กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพังกับผู้ที่ยังอาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน
หรือผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา
ของนริศรา ลีลามานิตย์ (2534 : 119) พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว มีความสามารถ
ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ไม่แตกต่างจากผู้ที่ยังอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งสามารถอธิบาย
ได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในวัยต้น และสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันได้ทั้งหมด จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับ
เพื่อนบ้านใกล้เคียงอยู่เสมอ และอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับบุตรหลาน สามารถไปมาหาสู่กันได้
ในแนวตวงญาติมิตร ทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง โอเร็ม (Orem
อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 : 41) กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคล
ได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพัน ความเป็นเพื่อน และมีการแลกเปลี่ยน
ความคิดเห็นต่างๆ ทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งจะส่งเสริม
ให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุและ
ครอบครัว เพื่อนฝูง ซึ่งจะเป็นการช่วยเสริมการใช้ความสามารถหรือเพิ่มความสามารถในการ
ดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

4.3 ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพกับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 พบว่า ผู้ที่ไม่มีโรค
ประจำตัวมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 100.0 ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว
มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 73.0 ทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะสุขภาพ เป็น
ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่
ของตนได้ดี (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2533 : 4) ซึ่งมีผลการศึกษาที่สนับสนุน
พบว่า กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพ (จารุนันท์
สมบูรณ์สิทธิ์, 2534 : 76) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิรนาท วิทโยชกิตติคุณ (2534:72)

ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เช่นกัน

การนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาจึงใคร่ขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. ด้านบริการ

1.1 ให้บริการตรวจสุขภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและขยายบทบาทในการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเน้นในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและกลุ่มที่อยู่คนเดียวตามลำพัง

1.2 ปรับรูปแบบกิจกรรมที่จัดให้ในชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้าน โดยเน้นในเรื่องของการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น อันตรายของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ แนะนำวิธีการออกกำลังกายพร้อมกับจัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุในชมรม

1.3 จัดโครงการเยี่ยมบ้านแบบผสมผสาน ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด โดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาต และอัมพฤกษ์

1.4 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่รัฐจัดให้ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลทั่วไป คลินิก หรือชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้คำปรึกษา และตรวจสุขภาพทั่วไป รวมทั้งศูนย์บริการทางสังคมของกรมประชาสงเคราะห์

1.5 จัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ญาติ พี่น้อง ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โปรแกรมการฝึกบริหารร่างกาย

1.6 จัดให้มีโครงการแพทย์หมุนเวียนเข้าไปตรวจสุขภาพเบื้องต้น และตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

1.7 จัดโครงการประกวดสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองเป็นประจำ

2. ด้านวิชาการ

2.1 จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ใกล้ชิดหรือผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจถึงหลักการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.2 จัดให้มีการเผยแพร่ วิธีการดูแล และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือจากสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนในชุมชน

2.3 จัดอบรมโครงการการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน

3. ด้านงานวิจัย

โดยนำรูปแบบของการศึกษาในครั้งนี้ ไปศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุของหน่วยงานที่ผู้ศึกษารับผิดชอบอยู่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน เปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองกับเขตชนบท

2. ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

4. ศึกษาถึงผลของการดูแลตนเองในการป้องกัน และควบคุมความผิดปกติของร่างกายที่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved