

ภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย*

นภมณ พุ่มโสภา พย.ม.** นาดญา พแคนนอก พย.ม.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพตามช่วงอายุจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นผู้สูงอายุตอนต้น จบประถมศึกษา ทำนา และยากจน ปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและข้อเสื่อม ความจำ การมองเห็น สืบบุหรี ต่อมสุรา ไม่ออกกำลังกาย ไม่ตรวจสุขภาพ แต่รับรู้ว่าเป็นคนที่มีสุขภาพดีกว่าคนอื่น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีสภาพสมองปกติ และมีบุตรและคู่สมรสเป็นผู้ดูแล เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพตามช่วงอายุ พบว่า สภาพสมองมีความแตกต่างในค่าเฉลี่ยแต่ละช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อพิจารณาในรายรายละเอียดของทุกด้าน พบว่า ปัญหาการได้ยิน การสืบบุหรี ต่อมสุรา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การรับรู้เวลา ความจำ และความตั้งใจทำอะไรสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน มีความแตกต่างในค่าเฉลี่ยแต่ละช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรร่วมมือกับสหวิชาชีพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ป้องกันโรคในกลุ่มไม่ป่วยและดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพ และกระตุ้นให้เกษตรกรผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพ

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ เกษตรกรผู้สูงอายุ

วันที่รับบทความ 5 มิถุนายน 2563 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 15 กันยายน 2563 วันที่ตอบรับบทความ 18 กันยายน 2563

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**ผู้จัดทำบทความฉบับนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง E-mail: napamon.yar@mfu.ac.th

***อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาล มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Health status of older farmers in Chiang Rai Province*

Napamon Pumsopa M.S.N.** Nattaya Phadaenok M.S.N.***

Abstract

This descriptive research aimed to study health status of older farmers in Chiang Rai Province and compare health status between age groups. Participants were 400 farmers. The results revealed that most were male, young old age, completed primary school, rice farmers, and poor. Health problems included high blood pressure, diabetes, osteoarthritis, memory problems and vision problems. Non-promoting health behaviors included smoking, drinking alcohol beverage, had no exercise, and had no health screening. However, they perceived themselves as healthier than others. They were able to perform daily activities well, had no depression, and had children and spouses as their caregivers. Comparison of health status, perception, and behaviors between different age groups showed differences in mental status statistically significant ($p < .05$), and when considering in details of all aspects, it was found that hearing problems, smoking, drinking alcohol, participation in community activities, the perception of time, memory, and determination to do something is short were statistically significant differences in the mean values of each age ($p < .05$), and healthcare providers should collaborate with multidisciplinary professionals and relevant organizations to prevent chronic diseases in healthy older people as well as care for people with health problems and encourage older farmers to access health screening services.

keywords: health status; older people farmers

Received 5 June 2020 Revised 15 September 2020 Accepted 18 September 2020

*Scholarships: research funding from Mae Fah Luang University

**Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Corresponding author, E-mail: napamon.yar@mfu.ac.th

***Instructor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

บทนำ

จำนวนประชากรวัยสูงอายุในปี พ.ศ.2563 มีประมาณ 11.13 ล้านคน โดยสัดส่วนของประชากรสูงอายุเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด¹ และคาดว่าในปีพ.ศ. 2564 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ซึ่งประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged Society)² ทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงาน เนื่องจากสัดส่วนวัยแรงงานลดลง³ อีกทั้งอัตราการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุมากกว่าร้อยละ 80 เป็นช่วงอายุ 15-59 ปีซึ่งอยู่ในวัยแรงงาน⁴ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพเข้ามาทำงานทดแทนวัยแรงงาน

จากการสำรวจภาวะการทำงานของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2563 พบว่า มี 4.23 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 34.50 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุที่ทำงานร้อยละ 90 ทำงานนอกระบบ ร้อยละ 58.70 ทำงานประเภทเกษตรกรรม ป่าไม้และการประมงมากกว่าร้อยละ 50 มีชั่วโมงการทำงาน 30-49 ชั่วโมง/สัปดาห์ ผู้สูงอายุที่ทำงานจำนวน 6.35 แสนคนหรือร้อยละ 15.0 ของจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานทั้งหมด เคยได้รับบาดเจ็บถูกของมีคมบาดร้อยละ 57.50 และพลัดตกหกล้มร้อยละ 23.2³ และมีการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุทำงานร้อยละ 21.10 และมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน⁵ ซึ่งโรคประจำตัวต่างๆ เกิดจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การทำหน้าที่ของร่างกาย และสมรรถภาพสมองลดลง⁶ จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁷ ซึ่งสอดคล้องกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของประเวศ วะสี ว่าเป็นสุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ⁸ จากการศึกษาระยะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีปัญหา 4 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพทางกาย 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 3) สุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุ และ 4) สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ^{9,10}

จากรายงานปี พ.ศ. 2562 ค่าบริการสาธารณสุขผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงประมาณ 916.8 ล้านบาท⁶ และคณะทำงานกลางการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 ได้ประเมินภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพในหน่วย “ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (disability-adjusted life years: DALYs)” พบว่าโรคซึมเศร้าในเพศชายและหญิงมีความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพร้อยละ 1.50 คิดเป็น 37,000 ปีและร้อยละ 5.1 คิดเป็น 121,000 ปีตามลำดับ¹¹ ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม¹² โดยเฉพาะการทำงานหรือกิจกรรม ทั้งนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการทำงานจะช่วยลดความเสี่ยงของสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับวัยได้มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ทำงานมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ทำงาน¹² แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่าการทำงานของผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ⁵ และมากกว่าครึ่งมีท่าทางในการทำงานไม่ถูกต้องทำให้เกิดการอักเสบและผิปกติของอวัยวะต่างๆ³ และมีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช⁵ ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว เน้นแต่สุขภาพทางกาย ยังไม่ครอบคลุมตามนิยามของภาวะสุขภาพข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาวะสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน มาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปวางแผนการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากและกำลังจะ

ก้าวสู่สังคมสูงอายุ โดยในปีพ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 225,862 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.40 ของประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุทำงานประมาณร้อยละ 36¹³ และกว่าครึ่งที่ทำงานเกษตรกรรม⁵ ดังนั้น การศึกษาภาวะสุขภาพในเกษตรกรผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการวิเคราะห์ผู้สูงอายุแบบหลายมิติ (multidimensional assessment) ของผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ⁹ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุ โดยภาวะสุขภาพหมายถึง สภาพที่ปรากฏทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) สุขภาพกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพ) 2) ความสามารถเชิงปฏิบัติ (ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน) 3) สุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้าและสภาพสมอง) 4) สุขภาพสังคม (ครอบครัวและความสำคัญ แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอย่างเหมาะสม และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุเพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มอายุในแต่ละด้าน และสามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแต่ละกลุ่มอายุได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุ (60-64 ปี, 65-69 ปี, 70-74 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี)

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive research) ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561-เมษายน 2562

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ทำงานเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนาปีหรือทำสวนผลไม้หรือสวนผักหรือปลูกพืชล้มลุกในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยงานปานกลางมีลักษณะงานที่ใช้แรงปานกลางหรือใช้กำลังงานที่ทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารในร่างกายเกินกว่า 200 กิโลแคลอรี/ชั่วโมงถึง 350 กิโลแคลอรี/ชั่วโมง เช่น งานยก ลาก ดัน หรือเคลื่อนย้ายสิ่งของด้วยแรงปานกลาง งานตอกตะปู งานตะไบ งานขัดรถบรรทุก งานขัดรถแทรกเตอร์ เป็นต้น หรืองานที่เทียบเคียงได้กับงานดังกล่าว จำนวน 66,357 ราย¹³ กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ที่ระดับคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ทำงานเกษตรกรรมจำนวน 382 ราย แต่ในตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกนนั้นได้ทำการปิดเศษทศนิยมไม่เป็นเอกภาพ เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่มากกว่า¹⁴ และป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูลและการแปลผล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 ราย โดยการสุ่มอำเภอทั้งหมด 5 อำเภอจาก 18 อำเภอ ซึ่งได้แก่ อำเภอพาน 154 ราย อำเภอเทิง 82 ราย อำเภอแม่สาย 69 ราย อำเภอแม่สรวย 65 ราย และอำเภอเวียงเชียงรุ้ง 30 ราย และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามการคำนวณสัดส่วนของจำนวนเกษตรกรผู้สูงอายุในอำเภอดังกล่าว ต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จึงได้อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง 1 รายต่อเกษตรกรผู้สูงอายุ 160 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตามเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ CRPPHO 25/2561 ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึง 1 สิงหาคม 2562 ทำการรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย นำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพาน อำเภอเทิง อำเภอแม่สรวย อำเภอแม่สาย อำเภอเวียงเชียงรุ้ง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลคัดเลือกผู้สัมภาษณ์จำนวน 5 คน โดยแต่ละคนอยู่คนละพื้นที่ มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีความเข้าใจในข้อความทุกข้อ โดยผ่านการชี้แจงทุกข้อความให้ชัดเจนจากผู้วิจัย และสามารถจำแนกผู้สูงอายุที่ทำงานได้ โดยทดลองสัมภาษณ์เกษตรกรผู้สูงอายุที่มาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลออกมาไม่แตกต่างจากผู้วิจัยสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ราย ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แต่กระจายไปหมู่บ้านต่างๆ แบบสุ่มเข้าไปสัมภาษณ์ในบ้านของกลุ่มตัวอย่างนอกเวลาราชการ ระยะเวลา 30 นาที ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เกษตรกรผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (elderly health profile) ของผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่ การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กร/ชมรม/กลุ่มต่างๆ

ส่วนที่ 2 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 ข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว รอบสะโพก ชีพจร ความดันโลหิต ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี ปานกลาง แย่ และแย่มาก และการเปรียบเทียบสุขภาพของตนกับบุคคลอื่น มี 3 ระดับ ดีกว่า เท่ากัน และด้อยกว่า และอุปกรณ์ทางการแพทย์/เครื่องช่วยเหลือที่ใช้

2.3 โรคและการเจ็บป่วย ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง หอบหืด ปอดอักเสบ วัณโรคปอด ต้อหิน มะเร็งต่อมลูกหมาก ภาวะอาหาร/ภาวะอาหารอักเสบ ข้อเสื่อม เก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ โรคพากินสัน โรคเส้นโรคไต สมอเสื่อม โรคหลงลืม ความจำเสื่อม แผลกดทับ อื่นๆ มาตรฐานวัด คือ มีหรือไม่มี

2.4 ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา) ได้แก่ หกล้ม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ท้องผูก/อุจจาระราด ปัญหาการนอนหลับ สูญเสียความจำ (ขี้ลืม ทบทวนความจำได้ยาก) ปัญหาการรับประทาน ปัญหาเรื่องการได้ยิน ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการเคลื่อนไหว ปัญหาการนอนกรน และอื่นๆ มาตรฐานวัดคือ มีหรือไม่มี

2.5 พฤติกรรมสุขภาพ (6 เดือนที่ผ่านมา) ได้แก่ ออกกำลังกาย งานอดิเรก สูบบุหรี่ ดื่มสุรา การรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ แป้ง และไขมันเพียงพอต่อความต้องการ การรับประทานอาหารผัก ผลไม้ สม่่าเสมอ การรับประทานอาหารเสริม การตรวจสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มาตรฐานวัดมี 3 ระดับ คือ ไม่ทำเลย ทำเป็นบางครั้ง และทำสม่ำเสมอ

ส่วนที่ 3 ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ เป็นการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล: Barthel ADL Index) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป แม้ว่าในเกษตรกรผู้สูงอายุจะค่อนข้างช่วยเหลือตัวเองได้ดี แต่ในบางประเด็นก็มีปัญหา เช่น การควบคุมอุจจาระ ปัสสาวะ การขึ้นลงบันได เป็นต้น จึงนำ Barthel ADL Index มาประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานทางกายภาพ ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha) เท่ากับ .82

ส่วนที่ 4 สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4.1 ภาวะซึมเศร้า (แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai geriatric depression scale: TGDS) ทั้งหมด 30 ข้อ 2 ตัวเลือก ใช่ และ ไม่ใช่ มีคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ซึ่งจะกลับคะแนนก่อนนำมารวมกัน คะแนนรวม 30 คะแนน การแปลผลมี 4 ระดับ 0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .85

4.2 สภาพสมอง (แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002) มีทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ในผู้ที่จบตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป และคะแนนเต็ม 23 คะแนน ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha) เท่ากับ .80

ส่วนที่ 5 สุขภาพสังคมผู้สูงอายุ ข้อคำถามมีทั้งเป็นแบบ 2 ตัวเลือกและคำถามปลายเปิดให้ตอบคำถาม โดยแบบ 2 ตัวเลือก มี ไม่มี หรือ ใช่ ไม่ใช่ จากนั้นให้ระบุหรืออธิบายเพิ่ม ข้อคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคม ความตรงตามเนื้อหา (content

validity index [CVI]) ของเอกสาร ทั้งฉบับ เท่ากับ 1 โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปสุขภาพกายและสุขภาพสังคมผู้สูงอายุ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ภาวะพึ่งพารุนแรง ภาวะพึ่งพากลาง และไม่เป็นภาวะพึ่งพา ภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ปกติ มีความเศร้าเล็กน้อย มีความเศร้าปานกลางและมีความเศร้ารุนแรง ส่วนสภาพสมองวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จัดเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มปกติ สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ภาวะซึมเศร้า สภาพสมองของเกษตรกรผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี และตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ใช้สถิติวิเคราะห์ kruskal-wallis test เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ไม่เป็นไปตามสถิติพารามเมตริก โดยข้อมูลส่วนใหญ่มีการแจกแจงไม่ปกติ มีเพียงข้อมูลสภาพสมองของเกษตรกรผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-74 ปี และตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป มีการแจกแจงปกติ และระดับการวัดเป็นแบบเรียงลำดับใน รายชื่อ และอันดับภาคในรายกลุ่ม ข้อมูลและใช้สถิติ Mann-Whitney U ในการเปรียบเทียบรายคู่ ส่วนภาวะสุขภาพสังคมใช้ร้อยละในการเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่า ร้อยละ 54.25 เป็นเพศชาย ร้อยละ 50 อยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 81.25 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.50 จบระดับประถมศึกษา

นอกจากนี้ ร้อยละ 59.50 มีรายได้ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30,000 บาท/ปี ร้อยละ 63.00 ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 12.50 เป็นหนี้ และร้อยละ 81.25 อาชีพทำนา

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.25 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 65.16 เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 400)

	ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	217	54.25
	หญิง	183	45.75
อายุ (ปี)	60 - 64	200	50.00
	65 - 69	123	30.75
	70 - 74	47	11.75
	≥ 75	30	7.50
	พิสัย = 60 - 91 Mean (S.D.) = 65.91 (5.32)		
สถานภาพสมรส	โสด	13	3.25
	คู่	325	81.25
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	62	15.50
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	53	13.25
	ประถมศึกษา	326	81.50
	มัธยมศึกษาตอนต้น	5	1.25
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	2.00
	ปริญญาตรีขึ้นไป	8	2.00
รายได้เฉลี่ยต่อปี (บาท)	≤ 30,000	238	59.50
	> 30,000	162	40.50
	พิสัย = 6,000-396,000 Mean (S.D.) = 36,580.50 (42,842.63) Median = 24,000		
ความพอเพียงของรายได้	พอใช้เหลือเก็บ	98	24.50
	พอใช้ไม่เหลือเก็บ	252	63.00
	ไม่พอใช้มีหนี้สิน	50	12.50
อาชีพ*	ทำนา	328	81.25
	ทำสวน	145	36.25
	ทำไร่	3	0.75
เข้าร่วมกิจกรรม	เข้าร่วม	221	55.25
	ไม่เข้าร่วม	179	44.75

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. สุขภาพกาย

2.1 กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองในระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 53.25 และร้อยละ 25.75 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของตนกับผู้อื่น พบว่าร้อยละ 48.75 คิดว่าสุขภาพของตนดีกว่าผู้อื่น ในขณะที่ร้อยละ 43.50 คิดว่าสุขภาพของตนเท่า ๆ กับผู้อื่น

2.2 ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 56.97 กิโลกรัม และค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเท่ากับ 22.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร และร้อยละ 26.75 มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนความดันโลหิตพบว่าเป็นความดันซิสโตลิก มีค่าระหว่าง 90-190 มม.ปรอท โดยร้อยละ 19.50 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ส่วนค่าความดันไดแอสโตลิก มีค่าระหว่าง 45-106 มม.ปรอท โดยร้อยละ 13.50 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นไม้ขีดเงินหรือมีตามัวร้อยละ 18.25 และได้ยินไม้ขีดเงินร้อยละ 5.00 มีการใช้อุปกรณ์และเครื่องช่วยเหลือร้อยละ 34.25 ได้แก่ แวนตา ฟันปลอม และไม้เท้า เป็นต้น

2.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.25 โดยในจำนวนนี้พบว่าร้อยละ 70.89 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.47 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.49 เป็นข้อเสื่อม/ปวดข้อ ร้อยละ 8.92 เป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 5.16 เป็นโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 4.23 เป็นต่อกระจุก นอกจากนี้ยังเป็น หัวใจ ไตเสื่อม ต่อมลูกหมากโต พาร์กินสัน ต้อเนื้อ ไทรอยด์เป็นพิษ เข้าเสื่อม ภูมิแพ้ และกระดูกพรุน เป็นต้น

2.4 ปัญหาสำคัญของกลุ่มตัวอย่างภายใน 6 เดือน 10 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาการหลงลืม ร้อยละ 45.25 การมองเห็นร้อยละ 19.75 การนอน

หลับร้อยละ 17.75 การนอนกรนร้อยละ 10.50 การรับประทานอาหารร้อยละ 10.00 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 8.25 หกล้มร้อยละ 6.75 ท้องผูก/อุจจาระราดร้อยละ 5.75 การเคลื่อนไหวร้อยละ 5.00 และปัญหาการได้ยินร้อยละ 4.75

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 36.00 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 31.50 ไม่ทำงานอดิเรก ร้อยละ 26.50 ต้มสุรา ร้อยละ 16.50 สูบบุหรี่ ร้อยละ 39.25 รับประทานเนื้อสัตว์ แป้งและไขมันไม่เพียงพอ ร้อยละ 29.25 รับประทานอาหารเสริม และร้อยละ 50.50 ไม่ได้ตรวจสุขภาพเลย

3. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 19.94 คะแนน โดยกิจกรรมที่ทำได้มากที่สุดคือ ทุกคนสามารถใช้ห้องสุขาและอาบน้ำ รองลงมาคือ ทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกายการสวมใส่เสื้อผ้าและการรับประทาน อาหารเองร้อยละ 99.75 การขึ้นลงบันไดร้อยละ 99.50 การเคลื่อนที่ภายในห้องร้อยละ 99.00 และการขับถ่าย/กลั้นการถ่ายอุจจาระร้อยละ 98.75

4. สุขภาพจิตและสภาพสมองพบว่า ร้อยละ 98.50 ไม่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับสภาพสมองพบว่า ส่วนใหญ่มีสภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 94.00

5. สุขภาพสังคมพบว่า ทุกครอบครัวมีสัมพันธภาพระดับดี ร้อยละ 83.75 คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 85.50 บุตรยังมีชีวิตอยู่ โดยบุตรและคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลักด้านการเงิน เป็นผู้ดูแลยามเจ็บป่วยและสนับสนุนด้านจิตใจ สำหรับสิทธิการรักษา ได้แก่ บัตรทอง สวัสดิการข้าราชการและประกันสุขภาพ ร้อยละ 88.75 7.75 และ 1.75 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.25 จำนวน 5 คน ที่ยังไม่มีสิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพใด ๆ ส่วนความกังวลด้านการเงิน พบว่า ร้อยละ 19.00 มีความกังวลเรื่องการเงิน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพรายด้านของเกษตรกรผู้สูงอายุ (n= 400)

ภาวะสุขภาพ	Kruskal Wallis	p value
สุขภาพกายของผู้สูงอายุ		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	6.098	.107
โรคและการเจ็บป่วย	.576	.902
ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ	4.907	.179
พฤติกรรมสุขภาพ	6.477	.091
ความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	1.436	.697
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ		
ภาวะซึมเศร้า	3.481	.323
สภาพสมอง	11.243	.010

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบรายคู่สภาพสมองของเกษตรกรผู้สูงอายุในช่วง 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป (n= 400)

การเปรียบเทียบรายคู่	60-64 ปี	65-69 ปี	70-74 ปี	≥75 ปี
สภาพสมอง				
60-64 ปี	-	-1.395	-2.443*	-2.505*
65-69 ปี	-	-	-1.378	-1.886
70-74 ปี	-	-	-	-.839

* p value < .05

จากตารางที่ 2 และ 3 เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้สูงอายุในช่วง 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี และ 75 ปีขึ้นไป พบว่าสภาพสมองมีความแตกต่างในค่าเฉลี่ยแต่ละช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเมื่อเปรียบเทียบรายคู่สภาพสมองของเกษตรกรผู้สูงอายุพบว่า 2 คู่ที่มีสภาพสมองต่างกันคือช่วง 70-74 ปี มากกว่าช่วง 60-64 ปี และช่วง 75 ปีขึ้นไปมากกว่าช่วง 60-64 ปี ส่วนภาวะสุขภาพอื่น ทั้งการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างในค่าเฉลี่ย แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของทุกด้าน พบว่า ในส่วนของการรับรู้สุขภาพ ได้แก่ ปัญหาการได้ยิน พฤติกรรมสุขภาพในรอบ 6 เดือน ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สภาพสมอง

ได้แก่ การรับรู้เวลาและความจำ และภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความตั้งใจทำอะไรสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน มีความแตกต่างในค่าเฉลี่ยแต่ละช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยปัญหาการได้ยินช่วง 75 ปีขึ้นไป และ 70-74 ปีมากกว่าช่วง 65-69 ปี การสูบบุหรี่ช่วง 65-69 ปีมากกว่าช่วง 60-64 ปี และช่วง 70-74 ปี มากกว่าช่วง 65-69 ปี การดื่มสุราช่วง 75 ปีขึ้นไป และ 65-69 ปีมากกว่าช่วง 60-64 ปี การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนช่วง 75 ปีขึ้นไปมากกว่าช่วง 60-64 ปี และ 65-69 ปี การรับรู้เวลาช่วง 75 ปีขึ้นไปมากกว่าช่วง 60-64 ปี และ 65-69 ปี ความจำช่วง 75 ปีขึ้นไป มากกว่าช่วง 60-64 ปี และความตั้งใจทำอะไรสิ่งหนึ่งได้ไม่นานช่วง 75 ปีขึ้นไป และ 70-74 ปีมากกว่าช่วง 60-64 ปี และ 65-69 ปี นอกจากนี้ในส่วนของภาวะสุขภาพสังคมพบว่า ช่วง 60-64 ปี และ 65-69 ปี

คู่ชีวิตยังมีชีวิตอยู่ร้อยละ 89.00 และ 86.99 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากช่วง 70-74 ปี และช่วง 75 ปีขึ้นไปที่คู่ชีวิตยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 68.09 และ 56.67 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับร้อยละของบุคคลที่ช่วยเหลือด้านจิตใจของเกษตรกรผู้สูงอายุ โดยเป็นคู่สมสร้อยละ 54.50 ร้อยละ 54.47 ร้อยละ 36.17 และร้อยละ 30.00 เรียงตามช่วงอายุตามลำดับ อีกทั้งบุคคลที่ช่วยเหลือด้านการเงินเป็นคู่สมสร้อยละ 57.50 ร้อยละ 48.78 ร้อยละ 31.91 และร้อยละ 26.67 ตามลำดับ เป็นบุตรร้อยละ 72.50 ร้อยละ 81.30 ร้อยละ 68.09 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ เป็นหลานร้อยละ 10.50 ร้อยละ 12.20 ร้อยละ 14.89 และร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

ข้อมูลประชากรทั่วไปของประเทศไทย กลุ่มผู้สูงอายุเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย¹ แต่กลุ่มเกษตรกรผู้สูงอายุที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากลักษณะงานเกษตรกรรมเป็นงานที่ใช้แรงหรือใช้กำลังกายจึงเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อีกทั้งเกษตรกรผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ แสดงให้เห็นว่าต้องทำงานค่อนข้างหนัก มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวและหาเลี้ยงครอบครัว³ ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา และมีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท/ปี นอกจากนี้ยังไม่มีเงินเก็บและเป็นหนี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะยากจน โดยใช้เกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่กำหนดไว้ว่าเส้นความยากจนจะอยู่ที่รายได้ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี¹⁵ เกษตรกรผู้สูงอายุร้อยละ 55.25 เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรหรือชมรมในชุมชน แสดงให้เห็นว่า เกือบครึ่งของเกษตรกรผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน อาจเนื่องจากมีรายได้น้อย มีหนี้สิน มีภาระการทำงานด้านเกษตรกรรม จึงให้ความสำคัญกับการหาเงินเลี้ยงชีพไม่มีเวลาไปร่วมกิจกรรมซึ่งมัก

จัดขึ้นในตอนกลางวัน อย่างไรก็ตามกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เข้าร่วม คือ ชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพหรือการจัดการด้านสุขภาพ ควรให้ชมรมผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการ

การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี รองลงมาคือปานกลาง ส่วนการศึกษาของ ผ่องพรรณ และคณะ⁹ พบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพระดับปานกลางในการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น เกษตรกรผู้สูงอายุคิดว่าภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้อื่นที่มีอายุเท่า ๆ กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพรรณ และคณะ⁹ อาจเนื่องด้วยการที่ผู้สูงอายุทำงานจึงมีการรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้อื่น ที่ไม่ได้ทำงานหรือมีการเจ็บป่วย ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจึงควรเป็นตัวชี้วัดของการเจ็บป่วยในเกษตรกรผู้สูงอายุ เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁶ จากการประเมินความดันโลหิตพบผู้ที่มีความดันซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ในการวัดความดันโลหิตในกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงพบค่าที่สูงกว่าปกติ ส่วนโรคและการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน⁵ ส่วนอันดับที่สามคือโรคข้อเสื่อม เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเป็นเกษตรกร ลักษณะการทำงานต้องใช้กำลัง การยกของหนัก การอยู่ในอิริยาบถที่ต้องก้มงย และทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้โครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อของร่างกายมีการเสื่อมลงได้มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น¹⁷

ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่พบคือ การหลงลืม การมองเห็น และการนอนหลับ สอดคล้องกับการศึกษาของผ่องพรรณ และคณะ⁹ เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุและพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ การรับรู้ การจดจำเหตุการณ์ ปัจจุบันไม่ค่อยได้หลงลืม ซึ่งทำให้ระบบการรับรู้ต่างๆ ในร่างกายและความสามารถในการมองเห็นลดลง⁶ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนไม่หลับ เนื่องจากการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลงและความวิตกกังวลเรื่องงานที่ทำ⁶

เกษตรกรผู้สูงอายุมีการดื่มสุรา จากสถิติการดื่มสุราของผู้สูงอายุของไทยยังมีอัตราการดื่มสุราที่สูงร้อยละ 15.20 แต่ก็ยังเป็นจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุที่น้อยกว่า¹⁸ อีกทั้งการดื่มสุราเป็นค่านิยมของเกษตรกร หลังจากเลิกงานจะต้องมีการสังสรรค์กัน โดยการดื่มสุรา ซึ่งเกษตรกรเป็นกลุ่มที่ใช้กำลังกายในการทำงาน ผลจากการทำงานอาจก่อให้เกิดความเมื่อยล้าและมีค่านิยมว่าการดื่มสุราทำให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังจากทำงานหนัก¹⁹ นอกจากนี้ประชาชนในภาคเหนือตอนบนมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเวลาที่มีเทศกาลหรือกิจกรรมสำคัญและมีการผลิตสุราพื้นเมืองขาย มีร้านขายสุรารายในชุมชนซึ่งเข้าถึงได้ง่าย หลังจากเลิกงานตอนเย็นเกษตรกรจึงมักดื่มสุรา²⁰ นอกจากนี้พฤติกรรมการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย เพราะคิดว่าการทำงานเกษตรกรรมตลอดทั้งวันถือเป็นการออกกำลังกาย⁵

ส่วนใหญ่เกษตรกรผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าและสภาพสมองอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่รู้สึกตนเองมีคุณค่าและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและรู้สึกมีความสุข เพราะชีวิตประจำวันเปิดโอกาสให้มีการศึกษาเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ จากการทำงานจึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้า²¹

การสนับสนุนทางครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ภรรยาและบุตรยังมีชีวิตอยู่ และเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ด้านจิตใจ และดูแลยามเจ็บป่วย แสดงถึง

สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านต่างๆ เป็นหลักประกันความมั่นคง แหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และเป็นผู้ที่ผู้สูงอายุวางใจ²² นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.25 ที่ยังไม่มีสิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพใด ๆ อาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเป็นกลุ่มชนเผ่าจึงไม่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไทยในการรักษาพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกายของเกษตรกรผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยของปัญหาการได้ยินแตกต่างกัน เนื่องจากปัญหาการได้ยินเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุ ระบบการรับรู้ต่างๆ ในร่างกายลดลง ความสามารถในการได้ยินจึงลดลงตามอายุที่สูงขึ้น⁶ สำหรับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมและชุมชนมีความแตกต่างในแต่ละช่วงอายุ โดยเมื่อช่วงอายุที่มากขึ้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและการเข้าร่วมกิจกรรมจะลดลง เนื่องจากมีการเสื่อมถอยของร่างกาย⁶ เกษตรกรผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสามารถทำงานด้านเกษตรกรรม ออกแรง เคลื่อนไหว และทำกิจกรรม จึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในส่วนของสุขภาพจิตของเกษตรกรผู้สูงอายุแต่ละช่วงอายุไม่แตกต่างกัน เนื่องจากยังทำงาน รับรู้ตัวตนมีคุณค่า สามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้ จึงไม่มีภาวะซึมเศร้า¹⁹ มีเพียงความตั้งใจทำอะไรสิ่งหนึ่งได้ไม่นานที่มีมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นอาจเกี่ยวเนื่องมาจากความเสื่อมถอยประสาทรับรู้ต่างๆ มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นจึงทำให้ความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นานเหมือนเดิม สำหรับสภาพสมองมีความแตกต่างกันด้านการรับรู้เวลา การคำนวณ และความจำลดลงตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากอายุยิ่งมากขึ้นจะมีความเสื่อมถอยของร่างกายและประสาทรับรู้ต่างๆ มากขึ้น⁶ ส่วนการสนับสนุนของครอบครัวทุกกลุ่มอายุเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจและการเงินจากคูชีวิต ลูก และหลาน สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุน

ทางสังคมที่สำคัญมาจากครอบครัวซึ่งเป็นศูนย์กลางของความรักรักโดยรับรู้ว่าคุณชีวิตเป็นมิตรแท้ ซึ่งพึ่งพาซึ่งกันและกันได้ มองว่าบุตรคือที่พึ่งพาชีวิตของตนเองในช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ ส่วนหลานคือบุคคลที่พึ่งพาและช่วยเหลือในชีวิตที่เหลืออยู่²³

ดังนั้นบทบาทพยาบาลที่ดูแลสุขภาพชุมชนในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังทำงานเกษตรกรรมควรคำนึงถึงการประเมินสุขภาพด้านต่างๆ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การไม่ตรวจสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อนำมาพิจารณาในการออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเกิดจากการดำเนินการร่วมกันของทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และภาคส่วน ที่ดูแลสุขภาพในระดับชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และสุขภาพทางด้านสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการสุขภาพ บุคลากรสุขภาพควรพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเข้าถึง การบริการสร้างเสริมสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพ และเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทของเกษตรกรผู้สูงอายุ
2. ด้านการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ควรศึกษารูปแบบการสร้างความรู้ความตระหนักและการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพเกษตรกรผู้สูงอายุ ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการติดตามผลในกลุ่มเกษตรกรผู้สูงอายุเดิมอย่างต่อเนื่อง

References

1. Department of Older Persons. Older statistics. [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2019 [updated 2019; cited 2020 August 30th]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>. (in Thai)

2. National Statistical Office. Important summary elderly work in Thailand 2019. Bangkok: National Statistical Office; 2019. (in Thai)
3. National Statistical Office. Bureau of economic and social statistics. Labor statistics group. important summary elderly work in Thailand 2019. Bangkok: National Statistical Office; 2020. (in Thai)
4. Thailand Road Safety Observatory. Risk groups and risk factors. [Internet]. Bangkok: Thailand Road Safety Observatory; 2019 [updated 2019; cited 2020 August 30th]. Available from: <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-B>. (in Thai)
5. Yaruang N, Sukonthasarn P. Occupational safety behaviors and health status among rice farmers in Chiang Rai Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2016; 17(2): 163-74. (in Thai)
6. Nakaviro D. Causes of insomnia for the elderly. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15th]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramachannel/home/article>. (in Thai)
7. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Knowledge series on self-care and potential development of the elderly "healthy". Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2017. (in Thai)
8. Wasasi P. Complete well-being. Villagers doctor 2008; August: 352. (in Thai)
9. Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P, Subindee S, Surit P, Theeranut A, et al. Health profile of older persons in health care institute and in community. Journal of Nursing Science & Health 2012; 35(2): 15-24. (in Thai)

10. Lokwawit K. Health status and health promotion behaviors of elderly in the community of Pathumthani province. *Pathumthani University Academic Journal* 2013; 5(1): 194-211. (in Thai)
11. Thailand BoDRPTB. Disability-adjusted life years: DALYs in 2557. Report international health policy program: Ministry of Public Health, Muang district, Nonthaburi; 2017. (in Thai)
12. Suwan A, Tritthichok S. Prevalence and factors associated with dementia among elderly in Luehok subdistrict, Muang district, Pathumthani province. *Association of private. Higher Education Institutions Thailand Under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn* 2017; 5(2): 21-32. (in Thai)
13. Chiang Rai Statistical Office. Demographic statistics population and housing. Chiang Rai: Chiang Rai Statistical Office; 2019. (in Thai)
14. Srisathitnarakun B. The methodology in nursing research. Bangkok: U and I intermedia company limited; 2010. (in Thai)
15. Secretariat of the Prime Minister. Innovative state welfare measures to solve poverty. April - June 2018. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 15th]. Available from: <https://spm.thaigov.go.th/fileroom/spm-thaigov/drawer004/general/data0000/00000438.PDF>. (in Thai)
16. Yuenyong S, Jaiyungeun U. Factors predicting happiness among elderly people with chronic diseases in the community, Suphanburi. *Multidisciplinary Journal for Health* 2019; 1(1): 40-50. (in Thai)
17. Pitantanakune P, Surit P. Chronic pain management of older persons living in a community. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(4): 58-68. (in Thai)
18. National Statistical Office. Survey of smoking and alcohol drinking behavior of the population. [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15th]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N30-08-61-2.aspx>. (in Thai)
19. Papomma S. Personal factors and adverse health behaviors with drinking and alcohol regularly in the one district of the Chaiyaphum province. *Office Disease Prevention and Control* 6, Khon Kaen 2015; 22(1): 1-8. (in Thai)
20. Roongruangkolkait S, Kotnara I, Jirawatkun S. Start drinking alcohol is easy but very difficult to stop drinking. *Journal of Nursing Science & Health* 2012; 35(2): 1-14. (in Thai)
21. Public relations Department of Mental Health. Elderly is not worthless. [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 15th]. Available from: <http://www.prdmh.com>. (in Thai)
22. Rattanamongkolkun D, Sangkhamanee S, Rattanamongkolkun S, Lertwongphaopanth W, Pattharasukwawi S. Health profile of elderly people through active ageing framework in a community, Nakorn Nayok. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2015; 22(2): 48-60. (in Thai)
23. Kandeem P, Sukwong P, Weiangkham D. Perceived social support of community-dwelling rural elderly in northern Thailand. *J Ment Health Thai* 2016; 24(1): 40-51. (in Thai)