ภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน

ลัดดา แสนสีหา ปร.ด.*
จินตนา ลิ้ละไกรวรรณ ปร.ด.** นิตยา จันทบุตร พย.ม.***
ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ ปร.ด.**** ทิพย์สุดา ธรรมลาภากุล ร.ม.***** อรุณี สุวรรณโชค พย.ม.******

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบคัดกรองสุขภาพทั่วไปในผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) แบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแองเจลิส (UCLA Loneliness Scale, RULS-6) และ 5) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากและฟัน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ส่วนภาวะด้านจิตสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52) มีความรู้สึกว้าเหว่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96) ยังคงมีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มปกติ ขณะที่ร้อยละ 4 มีภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาครั้งนี้นำไปสู่การวางแผนในการดูแลที่มีความเฉพาะที่ครอบคลุมมิติด้านร่างกายและสังคม สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชน

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางจิตสังคม จิตสังคม ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ภาวะสุขภาพ สุขภาพจิต

วันที่รับบทความ 28 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 มกราคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 1 กุมภาพันธ์ 2566

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ**
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น**
*****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ**
******อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล์ sariju@kku.ac.th**
*******หัวหน้าสำนักงานคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ**
********พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสะเกษ**

Health and psychosocial status of the older people living alone in a community

Ladda Sanseeha Ph.D.*
Chintana Leelakraiwan Ph.D.** Nittaya Chanthabut M.N.S.***
Sarinrut Junthapim Ph.D.**** Thipsuda Thamlapakul M.Pol.Sc.***** Arunee Suwanchok M.N.S.******

Abstract

This descriptive research aimed to study the health and psychosocial status of older people living alone in the community. Sample were 50 older people living alone in the community, which were recruited using purposive sampling. The data were collected between May and August 2022. The tools for data collection consisted of 1) a general information questionnaire 2) a general health screening form for the older people, 3) an ability routine ability assessment (Barthel Activities of Daily Living: ADL), and 4) the 6-Item Revised University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale (RULS-6) and 5) the 15-item Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean and standard deviation.

The study found that all of the sample were at risk of oral and dental disease, while most (94%) were at risk of malnutrition. Half (50%) were at risk of falling. Regarding psychosocial status, it was found that more than half (52%) had a feeling of loneliness at a moderate level. Most (96%) had normal results of depression screening, whereas 4 percent had depression. The results of this study led to the design of a unique care system covering physical and social dimensions for the older people living alone in the community.

keywords: psycho-social support; psychosocial; older people living alone; health status; mental health

Received 28 October 2022 Revised 29 January 2023 Accepted 1 February 2023

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University**

****Assistant Professor, Faculty of Nursing Establishment Project, Northern College**

*****Lecturer, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University**

******Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: sariju@kku.ac.th**

*******Head of the Dean's Office, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University**

********Registered Nurse, Sisaket Hospital**

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและสหประชาชาติที่กำหนดเกณฑ์ไว้ว่า สังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 ขึ้นไป เรียกว่า สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ นั่นหมายความว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุระบบเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลงหรือมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังถูกทอดทิ้งต้องอยู่ในสถานรับเลี้ยงผู้สูงอายุและไร้บ้านเพิ่มมากขึ้น[1]

การอยู่ตามลำพังมีความหมาย ถึงรูปแบบการอยู่อาศัยที่ต้องการหน้าที่ทางสังคมและความช่วยเหลือจากแหล่งเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เกิดการแยกตัวจากสังคมและการขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีนัยสำคัญทางลบต่อสุขภาพของบุคคล[2] มีรายงานจำนวนหนึ่งที่รายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างการแยกตัวจากสังคมและความเครียดทางอารมณ์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีผลเสียต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การศึกษาของ Frasure-Smith N (2000) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้าและการเสียชีวิตภายในระยะ 1 ปีแรก หลังจากเกิดโรคหัวใจ (myocardial infraction)[3]

ในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัย ทั้งหมด 12 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 10.7 ของผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังคนเดียว และประมาณ ร้อยละ 20 อยู่กันตามลำพังสองคนตายาย โดยในชนบทจะมีสัดส่วนผู้ที่อยู่กันสองคนตายายสูงกว่าในเมืองเล็กน้อย การอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุ[1] พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง เป็นข้าราชการบำนาญ สาเหตุที่ต้องอยู่ตามลำพังส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 เพราะเป็นโสด ส่วนที่เหลือเป็นผู้สูงอายุที่เคยสมรสแต่คู่สมรสเสียชีวิต/หย่า/แยกทางกันและไม่มีบุตร หรือบุตรแยกไปมีครอบครัวใหม่ ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ลำพัง มานานกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัดแต่ย้ายเข้ามาอาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เพื่อศึกษาต่อและทำงาน การอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์ และมีผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ[4] พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ร้อยละ 33 จำนวนที่เหลืออยู่กับสมาชิกครอบครัว และพบว่ามีสุขภาพในระดับพอใช้หรือไม่ดี มีอาการมองเห็นไม่ชัด มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งที่ต้องใช้เครื่องมือและไม่ต้องใช้เครื่องมือ ความจำและอารมณ์ไม่ดี มีการเคลื่อนไหวน้อย เบื่ออาหาร มีการทำหน้าที่บกพร่อง เสี่ยงต่อการแยกตัวจากสังคม มีพฤติกรรมการดื่มสุราในระดับที่เป็นอันตราย ไม่มีผู้ดูแลในระดับฉุกเฉิน และการประวัติการหกล้มในรอบ 12 เดือน และมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่มีการอักเสบของข้อกระดูก เป็นโรครูมาตอยด์ มีปัญหาต้อกระจก และต้อหิน การศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและความพิการ[5]

ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังเป็นรูปแบบหนึ่งของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจมากกว่ากลุ่มอื่นและกลัวการตายอย่างโดดเดี่ยว โดยรูปแบบความเปราะบางของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 5 รูปแบบ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่และคู่สมรส ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่น และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ญาติ และยังพบว่า มากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดอาศัยอยู่ในครัวเรือนเปราะบาง โดยครึ่งหนึ่งของครัวเรือนเปราะบางเป็นครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้สูงอายุอยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่น ร้อยละ 26 และ ร้อยละ 23 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง[6] นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาการดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนเปราะบาง 4 ด้าน[7] คือ การดูแลทางด้านร่างกาย

ทางด้านจิตใจ ทางด้านเศรษฐกิจ และทางด้านสังคม โดยพบว่า การดูแลทางด้านร่างกายที่ได้รับมีความแตกต่างกันตามรูปแบบครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่บ้านเดียวกับลูก จะได้รับการดูแลและการสนับสนุนโดยตรงทั้งด้านอาหารและการพาไปพบแพทย์ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ลูกอยู่ห่างไกลจะได้รับเงินจากลูกที่ส่งมาให้ รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในการรับส่งและช่วยค่าน้ำมันรถเป็นสินน้ำใจ ในส่วนของการดูแลทางด้านจิตใจนั้น[6] พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวจะต้องการการดูแลในด้านจิตใจมากที่สุด มีความต้องการให้เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนมาเยี่ยมเยียน พบปะพูดคุย โดยปัญหาหนึ่งที่ผู้สูงอายุในครัวเรือนเปราะบางกังวลใจมาก คือ “ปัญหาการกลัวตายตามลำพังคนเดียว” ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยในรูปแบบอื่น ๆ จะได้รับการดูแลในด้านจิตใจมากกว่า เพราะมีคนในครอบครัวอยู่ด้วยจึงไม่รู้สึกเหงา และได้รับความเอาใจใส่ในเรื่องการดูแล ส่วนด้านเศรษฐกิจนั้น ผู้สูงอายุในทุกรูปแบบการอยู่อาศัยจะมีรายได้หลักมาจากเงินที่ลูกหลานส่งกลับมาให้ในกรณีที่ลูกหลานมีรายได้มากพอ และได้รับเบี้ยยังชีพ สิ่งที่น่าสนใจก็คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับหลานจะมีความเปราะบางทางด้านเศรษฐกิจมากที่สุด[8,9,10] เนื่องจากรายได้หลักที่คาดหวังว่าจะได้รับจากบุตรที่ย้ายถิ่นไปทำงานนั้นไม่เพียงพอ หรือบางครั้งก็ไม่ได้รับเงินส่งกลับมา ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความต้องการให้มีการส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุในบ้าน นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในช่วงอายุ 60-74 ปี ยังคงต้องทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว และการได้รับการดูแลทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทบางแห่งที่ชุมชนเข้มแข็ง มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในลักษณะต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มออมทรัพย์ และการมีรถรับ-ส่งในการเดินทางไปสถานพยาบาล เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอีกด้วย โดยการที่ชุมชนมีผู้นำที่ดี ตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง[11]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น โดยพบว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีภาวะสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ รายได้ และความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม[12,13] โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญอันดับแรกคือ ครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความทุกข์ผู้สูงอายุจะต้องการช่วยเหลือจากครอบครัวก่อนแล้วจึงไปหาเพื่อนและเพื่อนบ้าน ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้องในด้านต่าง ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจและอารมณ์มั่นคง มองโลกในแง่ดี มีสุขภาพจิตที่ดี พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ในการดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลายหน่วยงาน โดยมีแนวคิดที่เน้นลักษณะของการมองคนเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนา จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติจากหลายหน่วยงานและกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละด้านอย่างชัดเจน

และผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ[14] ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมศักยภาพ คุ้มครอง และพิทักษ์สิทธิ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว คือ ผู้สูงอายุและครอบครัว ระดับพื้นที่ คือ อปท. (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน/ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สถาบันทางศาสนา โรงเรียน องค์กรภาคเอกชนและองค์กรอื่น ๆ ในตำบล เชื่อมต่อมาระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลอำเภอ กองทุนสุขภาพตำบล และหน่วยราชการอื่น ระดับจังหวัดมีโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ที่รับผิดชอบพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่ (สปสช.) และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดการบูรณาการในการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม และเพื่อให้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมทั้งมิติ ด้านกาย จิตใจและสังคม

จากการดำเนินงานที่ผ่านมารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง อีกทั้งพบว่า กระบวนการดำเนินงานยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การทำงานแบบแยกส่วน ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอีกทั้งไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน บุคลากรมีน้อย และยังขาดทักษะในการบริหารจัดการและการบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุให้มีความจำเพาะและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งการขาดการประสานการมีส่วนร่วมและการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นระบบ มีความซ้ำซ้อนทั้งในเชิงประเด็นและพื้นที่ มีหลายหน่วยงานที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน เป็นต้น นอกจากนี้ ปัญหาของกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานและขาดฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ข้อมูลประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ของภาครัฐ หรือความต้องการของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นผลการทำงานในภาพรวมของประเทศ ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์และการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ[14]

โดยในพื้นที่ที่ศึกษามีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีผู้สูงอายุทั้งหมด 436 คน คิดเป็นร้อยละ 16.63 ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ และในจำนวนนี้พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังจำนวน 50 คน ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่[3] อีกทั้งพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียวหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้จากประชาชนในเขตเมืองต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขันในด้านต่าง ๆ มากขึ้นในการประกอบอาชีพ และวิถีในการดำเนินชีวิตอีกทั้งโครงสร้างของสังคมและครอบครัวได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพของคนในครอบครัวห่างเหินเพราะการออกไปประกอบอาชีพของวัยทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทางกายและจิตมากขึ้น เช่น ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาการหกล้ม ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า การเกิดโรคซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด[4]

คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป การใช้ชีวิตในชุมชนอาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังใช้ชีวิตในชุมชนอย่างอิสระ สามารถ

ดำรงความสัมพันธ์ในชุมชนได้[6] เพื่อให้การบริการสุขภาพในชุมชนแบบบูรณาการ จึงจำเป็นต้องค้นหาความต้องการที่แตกต่างในชุมชนและให้บริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการอยู่ร่วมกันในสังคม (social inclusion)[14] ซึ่งอธิบายได้ว่า สังคมทางกายภาพและเชิงโครงสร้างต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่จะเข้าร่วมกิจกรรมจากแหล่งประโยชน์ในสังคม จนทำให้บุคคลต้องใช้ความตั้งใจมากเป็นพิเศษที่จะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในสังคม นอกจากนี้แล้ว การอยู่ร่วมกันในสังคมยังมีความหมายรวมถึงคุณภาพและปริมาณของความสัมพันธ์ที่มีในสังคมด้วย เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่เป็นเครือข่ายทางสังคมและโครงสร้างสังคม การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายเมื่อมีความต้องการ อาจจะเป็นการช่วยเหลือทางอารมณ์ ชื่อเสียง ข้อมูลข่าวสาร และอุปกรณ์ต่าง ๆ และการเข้าถึงทรัพยากร (access to resource)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยพื้นที่ที่ศึกษา เป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 436 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ จากสูตร[15] โดยกำหนดขนาดสัดส่วนลักษณะของประชากร (P) เท่ากับ 0.50 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากนั้น นำไปทำการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากและทำการสุ่มแบบแทนที่ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 คน ดังนั้น เพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้มา ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) อาศัยอยู่ตามลำพัง 2) สามารถสื่อสารทางการพูด อ่านและเขียนได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก

เป็นผู้ที่มีอาการผิดปกติทางการรู้คิด ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ[16] ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด สุขภาพช่องปากและฟัน การคัดกรองโรคสมองในกลุ่ม geriatric syndrome และความเสี่ยงต่อการหกล้มความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน คำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” และเลือกข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย ข้อมูลค่าระดับน้ำตาลครั้งล่าสุด ค่าความดันโลหิตสูงครั้งล่าสุด การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงหัวใจและหลอดเลือด เป็นแบบเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 7 ข้อ แบบคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟัน ข้อ 1 เป็นแบบเลือกตอบ 1 ข้อ ข้อ 2-7 เป็นแบบเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การคัดกรองโรคในกลุ่ม geriatric syndrome ด้วยการทดสอบสภาพสมอง abbreviated mental test หรือ

AMT จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบว่า “ถูก” หรือ “ผิด” ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q) จำนวน 2 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบว่า “ถูก” หรือ “ผิด”

การคัดกรองภาวะหกล้มและการทรงตัว (Timed Up and Go Test-TUGT) การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 9 มัด โดยการจับเวลาเมื่อให้ผู้สูงอายุ ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดิน เป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดิน กลับมานั่งที่เดิม การประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 6 ข้อ ข้อ 4 เป็นแบบเลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 5 และข้อ 6 ให้เลือกตอบ 1 ข้อ

การประเมินภาวะทุโภชนาการ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ แบบเลือกตอบ 1 ข้อ และการคัดกรองปัญหาการนอนมีข้อคำถาม 2 ข้อ เลือกตอบเพียงข้อเดียว

โดยแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .82

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living : ADL) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[16] จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barhtel[17] เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลง บันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ แต่ละกิจกรรมเป็นมาตรส่วนประเมินค่า โดย 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นการพึ่งพา โดยคะแนนรวมมากแสดงว่าผู้ตอบแบบประเมินมีความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองมาก พึ่งพาคนอื่นน้อย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .85

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกว้าเหว่ยูซีแอลเอ แบบ 6 ข้อ (6-Item Revised UCLA Loneliness Scale, RULS-6) ใช้แบบวัดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแองเจลิส ฉบับที่ 3 (University of California, Los Angeles loneliness scale version 3) ของรัสเซล(Russell, 1996) แปลและพัฒนาเป็นภาษาไทยโดย สุพรรณี นันทชัย[18] ประกอบด้วย คำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้ ระดับความเห็น คำถามทางบวกแบ่งเป็น ระดับคะแนน จริงที่สุด เท่ากับ 1 ระดับคะแนนจริงปานกลาง เท่ากับ 2 ระดับ คะแนนจริงแต่น้อย เท่ากับ 3 ระดับ คะแนนไม่จริงเท่ากับ 4 ส่วนคำถามทางลบระดับคะแนนจริงที่สุด เท่ากับ 4 ระดับ คะแนนจริงปานกลาง เท่ากับ 3 ระดับคะแนน จริงแต่น้อย เท่ากับ 2 ระดับคะแนนไม่จริง เท่ากับ 1 และผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .84

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) แบบ short version (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) ที่พัฒนามาจาก Shiekh, Yesavage (1986) และแปลไทยโดย Wongpakaran N, Wongpakaran T. (2012) เป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือและใช้ง่าย ได้มีการทดสอบเครื่องมือทั้งความตรงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือในผู้สูงอายุพบความสอดคล้องภายใน Cronbach’s alpha เท่ากับ 0.85

ผู้วิจัยนำมาใช้ประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่าน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ถ้าคะแนน 0-5 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้า 6-10 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า

ควรพบจิตแพทย์ โดยมีการประเมินภาวะ ดังนั้น จึงรายงานผลเป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วนำมาคำนวณความเที่ยงของแบบวัดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เลขที่ HE 651001 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยการขอความร่วมมือกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยเมื่อไรได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอภาพรวมของกลุ่มเป้าหมายและการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมายลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบสำคัญรับเงินค่าตอบแทนการให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการประสานพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชุมกับผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นชี้แจงคำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยและแบบยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน ที่ได้รับการฝึกอบรมในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาช่วยในดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูล โดยทีมผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการทำแบบประเมิน คนละประมาณ 90 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุเฉลี่ย 64 ปี ร้อยละ 44 อยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 68 ระยะเวลาการอยู่ลำพัง ตั้งแต่ 1-10 ปี ร้อยละ 54 เหตุผลของการอยู่ลำพังเนื่องจากลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด ร้อยละ 38 ลักษณะครอบครัวในชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนที่มีชาติพันธุ์ลาวเป็นส่วนใหญ่ การตั้งครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวแต่ตั้งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับบ้านของพ่อแม่ เมื่อพี่น้องไปทำงานต่างจังหวัด และเมื่อมีครอบครัวก็จะเป็นการแยกบ้าน ไม่ได้กลับมาอยู่กับพ่อแม่ ขนาดของครอบครัวเล็กลงจึงเหลือแต่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ในกรณีคนโสด และในกรณีคนที่สมรสก็จะอยู่กับคู่สมรสตามลำพัง การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนวัยแรงงานต้องออกจากบ้านไปทำงานต่างถิ่น ผู้สูงอายุต้องช่วยเหลือตัวเองตามลำพัง ปัจจัยที่ทำให้อยู่ตามลำพังจึงมีหลายปัจจัย เช่น โสด หย่าร้าง ลูกและญาติพี่น้องไปทำงานในต่างจังหวัด แยกครอบครัวออกไป

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 12 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20 รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับเสี่ยงน้อย ร้อยละ 88 ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่แปรงฟัน หากแปรงฟันมีการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปาก กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 มีความต้องการใส่ฟันเทียม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีปัญหาด้านสมรรถภาพสมอง มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการหกล้ม มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ มีปัญหาการนอนหลับ และส่วนใหญ่ยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน (N=50 คน)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	6	12
ความดันโลหิตสูง	10	20
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับเสี่ยงน้อย	43	88
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับเสี่ยงปานกลาง	7	14
พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก		
ไม่ได้แปรงฟัน	21	42
แปรงฟันวันละครั้งก่อนนอน	10	20
แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนเข้านอน	10	38
ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน	31	62
ทำความสะอาดซอกฟันทุกวัน	29	58
มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก	50	100
จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม	25	50
มีความผิดปกติของการทดสอบสภาพสมอง	31	62
เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	47	94
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ	25	50
มีปัญหาการนอนหลับ	9	18
มีอาการง่วง อ่อนเพลีย ตอนกลางวัน	10	20
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ไม่เป็นการพึ่งพา	46	92
ภาวะพึ่งพาปานกลาง	2	4
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	2	4

3. ภาวะจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้สึกว้าเหว่ ร้อยละ 52 มีความรู้สึกว้าเหว่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52 ระดับสูง ร้อยละ 26 และระดับต่ำ ร้อยละ 22 ตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้าปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 96 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4 ซึ่ง

จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงวัยที่อยู่ตามลำพังส่วนใหญ่รู้สึกพึงพอใจกับการใช้ชีวิตตามลำพัง มองว่าชีวิตมีอิสระ กำหนดชีวิตตนเองได้ ไม่พึ่งพาใคร ในการศึกษานี้ ผู้สูงวัยที่อยู่ตามลำพังใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อความบันเทิงและการติดต่อกับญาติพี่น้องและลูกหลาน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่มีพลังช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ แม้เป็นเงินจำนวนไม่มากแต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังสามารถพึ่งพาตนเองได้ อีกทั้งการอยู่ในพื้นที่เกษตรสามารถทำนา ทำสวนและปลูกผักสวนครัว ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังสามารถดำรงชีวิตได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้สึกว้าเหว่ และระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ตามลำพังในชุมชน (N= 50)

ปัญหาจิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความว้าเหว่		
ต่ำ (คะแนน <25 เปอร์เซ็นไทล์)	11	22
ปานกลาง (คะแนน 25–75 เปอร์เซ็นไทล์)	26	52
สูง (คะแนน>75 เปอร์เซ็นไทล์)	13	26
ระดับของภาวะซึมเศร้า		
ปกติ (0–5 คะแนน)	48	96
มีความเสี่ยง (6–10 คะแนน)	2	4

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากและฟัน ร้อยละ 94 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก ร้อยละ 94 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ จากข้อมูลที่สำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28 มีการแปรงฟันใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ และส่วนใหญ่ ร้อยละ 65 ที่แปรงฟันวันละครั้งก่อนเข้านอน และร้อยละ 42 ที่ไม่ได้แปรงฟันแต่จะใช้หมากขัดฟันแทน และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 มีความต้องการใส่ฟันเทียม มีข้อสังเกตว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังส่วนใหญ่นิยมเคี้ยวหมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดปัญหาอนามัยในช่องปากและฟัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาสภาวะช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.9 ทำความสะอาดฟันหรือฟันเทียมเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.8 ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา[19] ซึ่งอาจจะทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์และการสูญเสียฟัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุอาจจะได้รับผลกระทบจากการสูญเสียฟัน จึงมีความต้องการใส่ฟันเทียมมีจำนวนถึง ร้อยละ 50 ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุทั่วไป แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังอาจจะมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากไม่มีผู้พาไปคลินิกฟันหรือโรงพยาบาล[20] การเข้าถึงบริการทันตภิบาลจึงมีข้อจำกัด ปัญหาสุขภาพปากและฟันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทาน

อาหารและภาวะทุพโภชนาการ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังเล่าว่า ขณะนี้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร โดยเฉพาะอาหารจำพวกผัก อาหารที่รับประทานจึงเป็นข้าวเจ้าและต้มจืด มีอาการเบื่ออาหารจากการรับประทานซ้ำ ๆ และรับประทานอาหารได้น้อยลง และมีบางคนที่บอกว่าเป็นโลหิตจาง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการขึ้น[18,19] จากสถานการณ์ดังกล่าว เห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจะเป็นไปตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ย่อมมีปัญหาการอยู่ตามลำพังตามมา ดังนั้น การเตรียมความพร้อมตามความต้องการในการพึ่งพา ตนเองของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องอยู่ตามลำพังตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นสิ่งที่ประเทศชาติต้องทำการวางแผนให้สอดคล้องกับความจำเป็นและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทำให้การใช้ชีวิตตามลำพัง มีความยากลำบากมากขึ้น เพราะจำนวนสัดส่วนผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากในปัจจุบันมีเพิ่มขึ้น จากการขยายตัวของภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของประภาพร มโนรัตน์ และพรรณพิไล สุทธนะ[2] พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังนั้นมีโรคเรื้อรังทุกราย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคขาดสารอาหาร และสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี พร่องความรู้ในการดูแลตนเอง ในวิถีประจำวันรวมทั้งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุท้อแท้หมด กำลังใจในการดูแลตนเอง และประเด็นการเข้าถึงบริการ พบว่า หลายประเทศแม้มีการประกันสุขภาพและการจัดบริการสงเคราะห์จากภาครัฐให้กับประชาชน แต่ปัญหาที่พบคือการเข้าถึงแหล่งบริการดังกล่าวเป็นไปด้วยความยาก ลำบาก ทำให้การอยู่คนเดียวมีความยากลำบากเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Elliott, Painter & Hudson[21] พบว่า การเผชิญปัญหาขณะที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อคงสภาวะการพึ่งตนเองให้นานที่สุดคือ การประเมินแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอก และใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ภายในตนให้มากที่สุด บ่งบอกถึงการมีศักยภาพภายในตน นั่นคือ การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหาในเชิงป้องกัน และการมีความยืดหยุ่นในชีวิต รวมถึงการปล่อยวาง เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้จึงเสาะแสวงหา แหล่งช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งรวมถึงการทำความเข้าใจ อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์นั้น ๆ เช่น รู้ว่าใคร ที่ไหน และวิธีการให้การช่วยเหลืออย่างไร

ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลด้านการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และถูกสุขลักษณะต่อร่างกายได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัย ด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้ยิ่งสูงมากเท่าไหร่จะมีการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำกว่ามากเท่านั้นและพบว่าผู้สูงอายุที่มี จำนวนรายได้ที่เพียงพอ มีพฤติกรรมในการเลือกและบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และถูกสุขลักษณะต่อร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า[20,21]

ส่วนด้านภาวะจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวแต่ตั้งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับบ้านของพ่อแม่ เมื่อพี่น้องไปทำงานต่างจังหวัด และเมื่อมีครอบครัว ก็จะเป็นการแยกบ้าน ไม่ได้กลับมาอยู่กับพ่อแม่ ขนาดของครอบครัวเล็กลงจึงเหลือแต่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความว้าเหว่ในระดับปานกลาง แต่ด้วยลักษณะบริบทของชุมชนเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ยังมีความเกื้อกูลช่วยเหลือกันจากพี่น้องและคนในชุมชน และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อยู่ตามลำพังใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่เพื่อติดต่อกับญาติพี่น้องและลูกหลาน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่มีพลังช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับสวัสดิการทางสังคม เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ แม้เป็นเงินจำนวนไม่มากแต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังสามารถพึ่งพาตนเองได้ อีกทั้งการอยู่ในพื้นที่เกษตรสามารถทำนาทำสวนและปลูกผักสวนครัวทำให้ผู้สูงอายุ

ที่อยู่ตามลำพังสามารถดำรงชีวิตได้ ผลที่ตามมาจากการใช้ชีวิตตามลำพังคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วย สัมพันธภาพ และสภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ความเหงา ความเครียดในทางตรงกันข้ามบางรายงานวิจัยระบุว่าการอยู่อาศัยเพียงลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจที่สามารถพึ่งตนเองได้[22,23]

ประเด็นที่พบเพิ่มจากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย เป็นต้น ที่สามารถนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ไปวางแผนเพื่อประกอบการออกแบบในการดูแลสุขภาพกายและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการ รวมทั้งการพัฒนาโครงการจัดอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรนำผลการวิจัยไปประกอบการพิจารณวางแผนการพัฒนาระบบการจัดระบบสวัสดิการและให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง รวมทั้งการนำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกายและสังคม

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังที่อยู่ในชุมชนอื่น ๆ เช่น กลุ่มในชุมชนเขตเมือง เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบลักษณะของปัญหาและความต้องการที่มีความเหมือนและแตกต่างกัน และนำไปสู่การออกแบบการจัดบริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจและสังคม

References

1. Report about the elderly in Thailand for the year. [Internet]. 2018. [cited 2019 Oct 2]. Available from: http: www.thaitgri.org. National Statistical Office of the Prime Minister, Thailand's key statistical data collection
2. Phothisiri W, Prachuap Moe W, Suwanrada W, Siriboon S, Bangkaew B, Milintarakun C, et al. Project to study the prototype of the integration of the elderly care system. Long-term study among the dependent elderly. Bangkok: College of Population Sciences, Chulalongkorn University; 2016.
3. Department of Mental Health. Fragile family children-mother-elderly concerned. News of the leading newspapers [Internet]. 2017. [cited 2018 Sep 25]. Available from: https://www.dmh. go.th/news-dmh/view.asp?id=28242
4. Boonpha R, Kraitaworn P, Piasue N. Social support and health status of the elderly with chronic diseases living alone in the community. JTNMC 2019;34(2): 112-26. (in Thai)
5. Jittapraneerat S, Hatthirat S, Bunkerd C, Kanhasing R. How Thai elderly living alone in urban areas plan their own health care: A qualitative study in Bangkok and perimeter. Srinakarin Vejsarn 2020;35(4):438-44. (in Thai)
6. Laparra M, Mutilva N, Lautre I. The multidimensional conception of social exclusion and the aggregation dilemma: A solution proposal

based on multiple correspondence analysis. Social Indicators Research 2021;158:637-66. Available from: https://doi.org/10.1007/s11205-021-02707-6

7. Chantapim S, Teeranut U. Mental health conditions and factors related to mental health status of the elderly living alone in urban communities. Khon Kaen Province. Journal of Nursing and Health Care 2021;39(3):130-9. (in Thai)
8. Glass TA, Mendes De Leon CF, Bassuk S. Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. Journal of Ageing and Health 2006;18(4):21-8.
9. Laohaprasitiporn P, Jarusruwanna A, Unnanuntana A. Validity and reliability of the Thai version of the barthel index for elderly patients with femoral neck fracture. J Med Assoc Thai 2017;100(5):539-48.
10. Siette J, Knaggs GT, Zurynski Y, Ratcliffe J, Dodds L, Westbrook J, et al. Systematic review of 29 self-report instruments for assessing quality of life in older adults receiving aged care services. BMJ Open 2021; 11(11): e050892. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050892 PMID: 34794991
11. Fry PS, Debats DL. Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. Front. Psychol 2017;23(3):39-49. Available from: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003.
12. Siette J, Dodds L, Surian D, Prgomet M, Dunn A, Westbrook J, et al. Social interactions and quality of life of residents in aged care facilities: A multi-methods study. PLoS ONE 2022; 17(8):e0273412. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273412.
13. Kang B, Scales K, McConnell ES, Song Y, Lepore M, Corazzini K, et al. Nursing home residents' perspectives on their social relationships. J Clin Nurs 2020;29(7-8):1162-74. Available from: https://doi.org/10.1111/jocn. 15174 PMID: 3188936
14. Krishna RKR. Social exclusion: The european concept for indian social reality. Social change 2015;45(1):1-23. Available from: https://doi.org/10.1177/0049085714561837
15. Ministry of Social Development and Human Security. Participate needs in the development of society the elderly case study of general-purpose elderly in the community Bangkok. Bangkok: Promotion and Elderly Car; 2017. (in Thai)
16. Koch D, Kutz A, Haubitz S, Baechi C, Gregoriano C, Conca A, et al. Association of functional status and hospital-acquired functional decline with 30-day outcomes in medical inpatients: A prospective cohort study. Applied Nursing Research 2020; 54:1-7.
17. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021: 254-67.
18. Phon-ngam P, Chanroung T, Suton C. Activity development to promote mental health of the aging population in Loei. Journal of Demography 2020;36(1):51-66. doi: 10.14456/jod.2020.7
19. Pfeufer D, Kammerlander C, Stadler C, Roth T, Blauth M, Neuerburg C, et al. Multidisciplinary inpatient rehabilitation improves the

long-term functional status of geriatric hip-fracture patients,European Journal of Medical Research 2020;25(1):1-8. doi: 10.1186/s40001-020-00433-2.

20. Ryg J, Engberg H, Mariadas P, Pedersen SGH, Jorgensen MG, Vinding KL. Barthel Index at hospital admission is associated with mortality in geriatric patients: A Danish nationwide population-based cohort study. Clinical epidemiology 2018; 10:1789-800. Available from: https://doi.org/10.2147/CLEP.S176035
21. World Health Organization. WHO definition of health. Geneva: WHO; 2016 [cited 2017 Jan 15]. Available from: http: //www.who.int/about/definition/en/print.html
22. Meemon N, Paek SC. Factors associated with unmet need for healthcare among older adults in Thailand. APSSR 2019;19(2): 180-91.
23. Mouodi S, Bijani A, Hosseini SR, Hajian-Tilaki K. Gender differences in the health status of elderly living alone compared to those who are not alone: Evidence of the AHAP study, North of Iran. CJIM 2016;7(2):126-32.