

การศึกษาและวิเคราะห์อุปสรรคในการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมของผู้สูงอายุ



โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารงานก่อสร้างและสาธารณูปโภค

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ปีการศึกษา 2560

การศึกษาและวิเคราะห์อุปสรรคในการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมของผู้สูงวัย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อนุมัติให้นำโครงการฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

คณะกรรมการสอบโครงการ

(รศ. ดร.ขวัญกมล ดอนขวา)

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร.พรศิริ จงกล)

กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ)

(ผศ. ดร.มงคล จิรวรรณเดช)

กรรมการ

(รศ. ร.อ. ดร.กนต์ธร ชำนิประศาสน์)

คณบดีสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์

ปรีชา พันยา : การศึกษาและวิเคราะห์อุปสรรคในการใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมของผู้สูงอายุ
(STUDY AND ANALYSIS OF THREATS IN USING IN BARTHROOM AND
TOILET OF ELDERLY) อาจารย์ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร.พรศิริ จงกล

การวิจัยเรื่องการศึกษาและวิเคราะห์อุปสรรคในการใช้ห้องน้ำและห้องส้วมของผู้สูงอายุ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) เพื่อสำรวจความเหมาะสมของห้องน้ำ ห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ 3) เพื่อสำรวจการใช้ราวจับในห้องน้ำ ห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ในเขตจังหวัดบุรีรัมย์และพื้นที่ใกล้เคียง จากนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ผล ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีปัญหาในการกลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุร้อยละ 28.2 ใช้ห้องน้ำที่มีพื้นลื่น ผู้สูงอายุร้อยละ 24.8 ใช้ห้องน้ำที่มีราวจับ ผู้สูงอายุร้อยละ 56.8 ใช้โถส้วมแบบนั่งยอง ผู้สูงอายุร้อยละ 45.8 ใช้โถส้วมแบบชักโครก และ ผู้สูงอายุร้อยละ 84.3 มีแสงสว่างในห้องน้ำเพียงพอ ผลการศึกษานำไปใช้ในการส่งเสริมให้สร้างห้องน้ำที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ



สาขาวิชา การบริหารงานก่อสร้างและสาธารณูปโภค

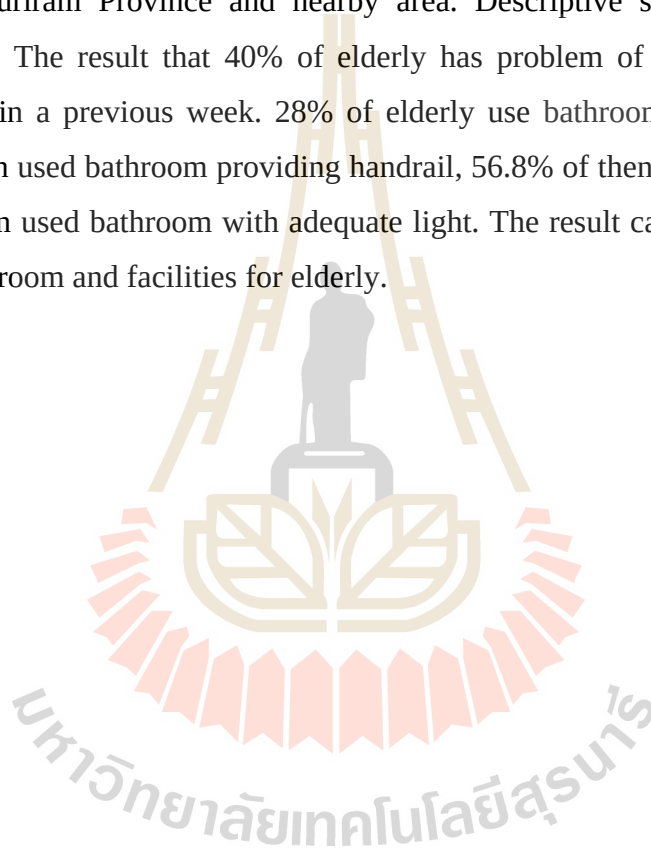
ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนักศึกษา_____

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา_____

PRECHA PANYA : STUDY AND ANALYSIS OF THREATS IN USING IN
BATHROOM AND TOILET OF ELDERLY. ADVISOR : ASSOC. PROF.
PORN SIRI JONGKOL, Ph.D.

The objectives of this Study were : 1) to explore health status of elderly, 2) to explore the suitability of bathroom in elderly residences, and 3) to survey use of handrail in bathroom. This study use a set of questionnaire for interviewing 400 elderly in Buriram Province and nearby area. Descriptive statistics was used to analyze data. The result that 40% of elderly has problem of urge incontinency or puborectalis in a previous week. 28% of elderly use bathroom with slippery floor, 24.8% of then used bathroom providing handrail, 56.8% of then used squat toilet, and 84.3% of then used bathroom with adequate light. The result can be used to promote building bathroom and facilities for elderly.



School of Construction and Infrastructure Management Student's Signature_____

Academic Year 2017

Advisor's Signature _____

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พรศิริ จงกล อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ซึ่งท่านได้แนะนำหัวข้องานวิจัยและให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง อีกทั้งยังช่วยแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานอีกด้วย

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงงาน รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญกมล คอนขวา ประธานกรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มงคล จิรวรรเดช กรรมการ กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ทำให้งานวิจัยนี้ถูกต้อง สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ ศาสตราจารย์ ดร.สุขสันต์ หอพิบูลสุข คณะอาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาติดตามความคืบหน้าให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำจนสำเร็จลุล่วง

ขอขอบคุณเพื่อน พี่น้องรุ่น 15 ทุกคน ที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือ ฝ่าฟันอุปสรรคจนถึงจุดหมายปลายทาง

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัว ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน ตลอดจนคอยช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ขอมอบบูชาพระคุณบิดา มารดา ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และขอน้อมบูชาท่านบูรพาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ด้วยความรักและเมตตาเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ปรีชา พันยา

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	1
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	2
1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....	2
2 ปรัชญ์วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	3
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	3
2.1.1 สถานการณ์สุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ.....	3
2.1.2 อุปกรณ์อำนวยความสะดวก.....	4
2.1.3 สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย.....	4
2.1.4 แนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ.....	6
2.1.5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะและขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม.....	7
2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
2.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	11
2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ.....	15
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
2.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29

3.2	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	30
3.3	การสร้างเครื่องมือ.....	34
3.4	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	34
3.5	การรวบรวมข้อมูล.....	35
3.6	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
4.1	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	36
4.1.1	ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	36
4.2	ภาวะสุขภาพและลักษณะของสิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ.....	50
4.2.1	ภาวะสุขภาพ.....	50
4.2.2	ลักษณะของสิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ.....	52
4.2.3	อุปกรณ์พุงตัวของผู้สูงอายุ.....	54
5	สรุปผลและข้อเสนอแนะ.....	57
5.1	สรุปผลการศึกษา.....	57
5.2	ข้อเสนอแนะ.....	58
	เอกสารอ้างอิง.....	60
	ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	62
	ประวัติผู้เขียน.....	77

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 อ้างอิงผลการประเมิน.....	34
4.1 การจำแนกเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	36
4.2 การจำแนกอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	37
4.3 การจำแนกสถานภาพครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	37
4.4 การจำแนกสถานภาพการอยู่อาศัยกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	38
4.5 การจำแนกระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	38
4.6 การจำแนกการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	39
4.7 การจำแนกสุขภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	40
4.8 การจำแนกตำแหน่งของโรคกระดูกและข้อของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	41
4.9 การจำแนกการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	42
4.10 การจำแนกปัญหาทางการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	43
4.11 การจำแนกการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	43
4.12 การจำแนกการเปลี่ยนท่าทางของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	44
4.13 การจำแนกการรับประทานยาเป็นประจำของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	44
4.14 การจำแนกการดื่มสุรายาแดงของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	45
4.15 การจำแนกการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	45
4.16 การจำแนกพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	45
4.17 การจำแนกชนิดการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	46
4.18 การจำแนกการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	46
4.19 การจำแนกชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	47
4.20 การจำแนกการก้นการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	47
4.21 การจำแนกลักษณะที่อยู่ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	49
4.22 การจำแนกชั้นของที่อยู่ของผู้สูงอายุพักหรือนอน.....	49
4.23 การจำแนกความถี่ปัญหาเรื่องพื้นที่ใช้สอยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	50
4.24 การจำแนกความถี่ในการใช้บันไดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	50
4.25 การจำแนกอุปกรณ์ออกกำลังกายบริเวณชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ.....	54
4.26 ผลการวิเคราะห์การเป็นภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ.....	56
4.27 อ้างอิงผลการประเมิน.....	56

สารบัญรูปภาพ

รูปที่

หน้า

2.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	28
-----------------------------	----



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
4.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	51
4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	52
4.3 สิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ.....	53



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างอายุของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 หรือประมาณ 7 ล้านคน ในปี 2550 เป็นร้อยละ 14.9 หรือประมาณ 10 ล้านคน ในปี 2557 แสดงว่าขณะนี้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และคาดว่าประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20.0 หรือประมาณ 14.5 ล้านคน ในปี 2568 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีก 13 ปีข้างหน้า ซึ่งปัญหาที่จะตามมาคือ ความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่พบมากที่สุดโรคหนึ่งในผู้สูงอายุหรือในวัยกลางคน ทั้งในผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในไทยของมูลนิธิโรคข้อในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พบว่า ปี 2549 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมกว่า 6 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งเกิดจากการใช้ส่วมนั่งของติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ หลายปีเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อมได้เนื่องจากพฤติกรรมการขับขี่ของเสียของคนไทยส่วนใหญ่ในปัจจุบันนิยมใช้ส่วมนั่งของในครัวเรือนร้อยละ 86.0 สำหรับการขี่ส่วมนั่งราบหรือส่วมหยีขาร้อยละ 13.2 ของครัวเรือนทั้งหมด ในปี 2553 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยจึงได้ให้ความสำคัญเรื่องของสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงจัดทำแผนแม่บทพัฒนาส่วมสาธารณะไทย ระยะที่ 3 (พ.ศ.2556-2559) และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแผนดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติเมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2556 เพื่อส่งเสริมให้ครัวเรือนมีและใช้ส่วมนั่งราบหรือมีอุปกรณ์ช่วยสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีปัญหาข้อเข่าให้ได้ร้อยละ 90 และส่วมสาธารณะให้ได้ร้อยละ 100 ภายในปี 2559

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความเหมาะสมของห้องน้ำ ห้องส่วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียง

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2.2 เพื่อสำรวจความเหมาะสมของห้องน้ำห้องส่วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

1.2.3 เพื่อสำรวจการใช้ราวจับในห้องน้ำห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

1.3.1 ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1.4.1 หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลประชาชนในพื้นที่ สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและส่งเสริมการใช้สิ่งอำนวยความสะดวกในห้องน้ำห้องส้วมให้แก่ผู้สูงอายุ

1.4.2 ประชาชนได้แนวทางในการปรับปรุงห้องน้ำห้องส้วมให้แก่ผู้สูงอายุ



บทที่ 2

ปรัทศน์วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ครั้งนี้ได้ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีสาระสำคัญมีเนื้อหาตามลำดับดังนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546)

2.1.1 สถานการณ์สุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพแตกต่างกันไปจากประชากรกลุ่มอื่นๆ เพราะเป็นวัยที่กำลังถดถอยถูกโรคภัยเบียดเบียน โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจปัญหาสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจจะยิ่งมากขึ้นประกอบกับผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ด้อยการศึกษา จึงทำให้ขาดข้อมูลและความรู้พื้นฐานในการป้องกันและการรักษาสุขภาพเบื้องต้นของตนเองมาตั้งแต่วัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่และเข้าสู่วัยชราซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลสัมพันธ์และต่อเนื่องกันตลอดช่วงชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอนามัยมากกว่าที่ควรสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 ผู้ป่วยในรายบุคคลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 ลำดับแรกได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง 2) ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ/โภชนาการ/เมตาบอลิก 3) เบาหวาน 4) โลหิตจาง 5) อาการ/อาการแสดง/สิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก/ห้องปฏิบัติการที่ไม่มีรหัสระบุไว้และ 6) ไตวายผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นแล้วก็มีโอกาสเกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาได้มาก เช่น กระดูกข้อมือ ข้อสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว ที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอกในปีงบประมาณ 2551 ใน 5 ลำดับแรก ได้แก่

1) พลัดตกหกล้ม 2) อุบัติเหตุตกไถที่ไม่มีชีวิต 3) อุบัติเหตุจากข้อบกพร่องของยานยนต์ 4) สัมผัสกับสัตว์หรือพืชมีพิษ และ 5) การรักษาทางศัลยกรรมและอายุรกรรมที่ทำให้เกิดความผิดปกติ

2.1.2 อุปกรณ์อำนวยความสะดวก

อุปกรณ์อำนวยความสะดวก หมายถึง อุปกรณ์ที่ช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างปกติลดการพึ่งพาบุคคลอื่นและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะมุ่งเน้นในเรื่องของการจัดรูปแบบของอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในบ้านที่ทำงาน และพื้นที่สาธารณะในชุมชน

2.1.3 สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

2.1.3.1 ความปลอดภัย (Safety)

หมายถึง การไม่มีอุบัติเหตุและการดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ ไม่มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และมีการเตรียมป้องกันภัยไว้ล่วงหน้าอย่างถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอ (เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์, 2548)

2.1.3.2 ทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุและการป้องกันอุบัติเหตุ

ทฤษฎีโดมิโน (Domino Theory) เฮนริช (H.W. Heinrich) เป็นผู้คิดค้นขึ้นเป็นทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุมีว่า การบาดเจ็บหรือการสูญเสียต่างๆเป็นผลมาจากการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุก็มาจากการกระทำและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ปลอดภัย โดยทฤษฎีนี้เปรียบเสมือนตัวโดมิโนที่เรียงกันอยู่ 5 ตัว ถ้าตัวใดตัวหนึ่งล้มย่อมมีผลให้โดมิโนตัวอื่นๆก็จะล้มตามไปด้วยเหมือนลูกโซ่ ซึ่งตัวโดมิโนทั้ง 5 ตัวมีดังนี้คือ (วิฑูรย์ สิมะโชคดี อ้างถึงใน วิวรรณกร สวัสดิ์, 2547)

- ก. สภาพภูมิหลังของบุคคล (Social environment of background) หมายถึง สภาพการเลี้ยงดูจากครอบครัวรวมถึงการให้การศึกษาการสร้างเจตคติลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ ที่ได้รับและประสบเป็นเวลานาน
- ข. ความบกพร่องทางร่างกาย (Defect of person) หมายถึง ความบกพร่องทางร่างกาย เช่น ประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม สายตา การเจ็บป่วย ความเมื่อยล้า เป็นต้น
- ค. การกระทำและสภาพที่ไม่ปลอดภัย (Acting & status of unsafety) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตรายรวมถึงสภาพของเครื่องมือเครื่องจักรที่ขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึง สภาพทั่ว ๆ ไปในการทำงาน เช่น พื้น แสง เสียง ฝุ่นละออง เป็นต้น
- ง. อุบัติเหตุ (Accident)

จ. การบาดเจ็บและความเสียหาย ทฤษฎีโดมิโน พยายามจะอธิบายถึงการเกิดอุบัติเหตุทั่วไปที่เกิดจากบุคคล การกระทำของบุคคลมีผลมาจากภูมิหลังด้านครอบครัว และการศึกษา สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ก็เกิดจากความบกพร่องของบุคคลเช่นเดียวกันตามทฤษฎีโดมิโน เมื่อโดมิโนตัวที่หนึ่งหรือสองหรือสาม ล้ม ตัวที่สี่หรือตัวที่ห้าก็จะล้มตาม ดังนั้น การป้องกันอุบัติเหตุเราสามารถพิจารณาได้ 2 ประการ คือ

- การป้องกันอุบัติเหตุในระยะสั้น คือ การขจัดโดมิโนตัวที่สามออก การจัดการกระทำที่ไม่ปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ทำให้โดมิโนตัวที่สี่ คือ อุบัติเหตุ ไม่เกิดขึ้น
- การป้องกันในระยะยาว คือ การสร้างจิตสำนึกการให้การศึกษา การสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นรากฐานที่มั่นคงของสังคม ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและการกระทำที่ปลอดภัยเป็นการป้องกันอุบัติเหตุที่ยั่งยืน กว่าในข้อแรกมาก นอกจากนี้ คณะกรรมการรักษาความปลอดภัยแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ได้เสนอการเสริมสร้างความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพไว้ ตามหลัก 3E คือ
 - Engineering หรือ วิศวกรรมศาสตร์ คือการใช้ความรู้ทางวิชาการด้านวิศวกรรมศาสตร์ในการคำนวณการออกแบบเครื่องมือเครื่องจักรที่มีสภาพการใช้งานที่ปลอดภัยที่สุด การติดตั้งเครื่องจักร การวางผังโรงงาน ระบบไฟฟ้า แสงสว่าง ระบบเสียง อุณหภูมิ การระบายอากาศ อย่างถูกต้อง เหมาะสมและเกิดความปลอดภัย
 - Education หรือ การให้การศึกษา การอบรมลูกจ้าง คนงาน หัวหน้างาน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในโรงงาน ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ และการเสริมสร้างความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรม ให้รู้ว่าอุบัติเหตุจะเกิดขึ้นและป้องกันได้อย่างไร และจะทำงานอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด
 - Enforcement หรือ การออกกฎระเบียบข้อบังคับ การกำหนดวิธีการทำงานอย่างปลอดภัย และมาตรการควบคุมบังคับคนงานให้ปฏิบัติ

ตาม เป็นระเบียบปฏิบัติที่ต้องถูกลงโทษ เพื่อให้เกิดความสำนึก และหลีกเลี่ยงการทำงานที่ไม่ถูกต้อง (อภิรดี ศรีโอภาส, 2553)

จากตัวอย่างทฤษฎีการเกิดอุบัติเหตุข้างต้น ทำให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุว่ามาจากการกระทำที่ไม่ปลอดภัย และสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งสาเหตุของอุบัติเหตุทั้งสองประการนี้ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในสถานประกอบการเท่านั้น แต่ในชุมชน ที่พักอาศัย สถานที่สาธารณะอื่นๆ ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการป้องกันอุบัติเหตุควรเริ่มตั้งแต่หน่วยเล็กๆ ในชุมชนเสียก่อน โดยเฉพาะในชุมชนที่มีผู้สูงอายุเพราะสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุส่วนหนึ่งนั้น มาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยในบ้าน ในชุมชน และสถานที่สาธารณะต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยหรือทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ทราบว่าสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ทำการศึกษาก็คือเป็นอย่างไร และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุควรทำอย่างไร สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในสถานที่อยู่อาศัย และสถานที่สาธารณะในชุมชนหรือในพื้นที่ที่ทำการวิจัย

2.1.4 แนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ได้นำเสนอหลักการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุดังนี้ คือ

- 1) ความปลอดภัยทางกายภาพ โดยการจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอบริเวณบันไดและทางเข้า มีราวจับในห้องน้ำ พื้นกระเบื้องไม่ลื่น อุปกรณ์เปิดปิดน้ำ และเปิดประตูที่ไม่ต้องออกแรงมาก มีสัญญาณฉุกเฉินจากหัวเตียง หรือห้องน้ำ สำหรับเรียกขอความช่วยเหลือ
- 2) การเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่การมีทางลาดสำหรับรถเข็น ความสูงของตู้ที่ผู้สูงอายุสามารถหยิบของได้สะดวก อยู่ใกล้แหล่งบริการต่างๆ ใกล้แหล่งชุมชนเดิม เพื่อให้ญาติมิตรสามารถมาเยี่ยมเยียนสะดวก
- 3) การสร้างแรงกระตุ้น โดยการเลือกใช้สีที่เหมาะสม มีความสว่างและชัดเจนจะทำให้การใช้ชีวิตดูกระชุ่มกระชวย ไม่ซึมเศร้า และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ กระตุ้นให้เกิดการนำความสามารถต่างๆ ของผู้สูงอายุมาใช้อย่างเต็มที่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถก่อประโยชน์กับชุมชน
- 4) การดูแลรักษาง่าย โดยการควรออกแบบให้ดูแลรักษาง่ายเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยเหตุนี้ บ้านทั่วๆ ไปควรจะเล็ก ถ้าเป็นหลังใหญ่ควรมีห้องซึ่งง่ายต่อการ

เปิดปิดเอาไว้เพื่อสะดวกสบายในการดูแล บ้านอาจจะมียานเลื่อนอลูมิเนียม
ป้องกันฝนและสนามหญ้าที่มีพุ่มไม้เดี่ยวเพื่อลดงานสนาม

2.1.5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะและขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม

หน่วยปฏิบัติงานวิจัย สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้แนะนำไว้ ดังนี้

1) บ้านพัก มีลักษณะดังนี้

- เป็นบ้านชั้นเดียว หรือมีห้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน
- ทางเข้าบ้านควรมีระดับเดียวกับพื้นภายนอก
- ทางลาดเข้าบ้านควรมีความชัน 1:12 โดยใช้วัสดุที่ไม่ลื่น
- ไม่ควรจะมีพื้นต่างระดับ ไม่ควรมีธรณีประตู
- มีบริเวณบ้านที่สามารถทำสวน เลี้ยงสัตว์ และทำกิจกรรมเบาๆ ได้
- พืชพันธุ์เป็นไม้ดอกไม้หอมหลีกเลี่ยงไม้ผลไม้หนามไม้ที่มียาง
- ระยะห่างระหว่างภายในบ้านมาที่รั้วอยู่ในระยะที่สามารถเดินได้ง่าย
- รั้วบ้านควรโปร่ง
- ประตูหน้าบ้านกว้าง 90-150 ซม. มือจับแบบก้านโยกและไม่ติดอุปกรณ์
บังคับประตูปิดเอง (ใช้คอป)
- มีระบบตัดไฟช็อตและไฟฉุกเฉิน

2) ห้องรับแขก-ห้องนั่งเล่น มีลักษณะดังนี้

- ไม่มีสิ่งกีดขวางหรือเฟอร์นิเจอร์กีดขวาง
- มีพื้นที่กิจกรรมต่างๆ เช่น นั่งทานการและบันเทิง
- การจัดเฟอร์นิเจอร์ที่ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กันได้
- ระดับหน้าต่างสูงจากพื้น 50 ซม. มองเห็นวิวภายนอกได้
- มีระบบระบายอากาศดี
- พื้นห้องใช้สีสว่าง นุ่มและบำรุงรักษาง่าย
- สีและพื้นผิวอุปกรณ์และส่วนของอาคาร ใช้สีที่ตัดกันหรือแตกต่างกัน ของ
ส่วนใช้สอยต่างกัน เช่น พื้นทางเดิน พื้นต่างระดับ พื้นห้องส้วม บัวเชิงผนัง

3) ห้องครัว-อาหารมีลักษณะดังนี้

- ระดับโต๊ะ-เคาน์เตอร์สูงจากพื้น 80 ซม.
- ด้านล่างของอ่างล้างมือควรโล่งสำหรับรถเข็น
- เตา ตู้เย็นหรือลิ้นชักในครัวไม่ควรอยู่ในมุม
- หิ้งและตู้ต่าง ๆ อยู่ในระดับที่ 150-168 ซม.

- มีระบบระบายอากาศดี
- มีแสงสว่างจากธรรมชาติและไฟแสงสว่างเฉพาะจุด
- ปลั๊กไฟบริเวณเคาน์เตอร์สูง 90 ซม. จากพื้น

4) ห้องนอนมีลักษณะดังนี้

- หน้าต่างควรมองเห็นทิวทัศน์ภายนอก
- เตียงนอนควรมีความยาวไม่น้อยกว่า 180 ซม. และมีพื้นที่ว่าง 90 ซม. รอบเตียง 3 ด้านไม่ควรอยู่ในมุมอับควรมีพื้นที่สำหรับเตียงคู่เตียงนอนควรรออยู่ใกล้ห้องน้ำ
- หัวเตียงควรมีโทรศัพท์และสัญญาณฉุกเฉิน
- ระดับของเตียงสูง 40 ซม. (สูงเท่าระดับพื้นถึงข้อพับเข่า)
- ระดับหน้าต่างสูงจากพื้น 50 ซม. มองเห็นวิวภายนอกได้
- ตู้เสื้อผ้าเป็นแบบบานเลื่อน
- มีแสงสว่างสำหรับการอ่านหนังสือ
- มีการระบายอากาศที่ดี
- พื้นห้องใช้สีสว่าง นุ่มและบำรุงรักษาง่าย

5) ห้องน้ำมีลักษณะดังนี้

- ห้องน้ำควรกว้าง 150-200 ซม.
- ประตูเปิดออกกระดืบพื้นภายใน-ภายนอกเท่ากัน
- มีราวจับขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 ซม. ที่สามารถเดินได้ทั่วห้องน้ำ
- บริเวณฝักบัวและที่อาบน้ำควรมีที่นั่งและสัญญาณฉุกเฉินฝักบัวควรเป็นชนิดแรงดันต่ำ
- พื้นผิวไม่ควรลื่นก๊อกน้ำเป็นแบบก้านโยก

6) ประตู มีลักษณะดังนี้

- มีขนาดความกว้างเป็นพิเศษอย่างน้อย 90 ซม.
- ประตูควรเป็นแบบผลักเปิดออกได้ง่าย
- ห้ามติดตั้งอุปกรณ์ชนิดที่บังคับให้บานประตูปิดได้เอง

7) สวิตช์ มีลักษณะดังนี้

- สูงไม่เกิน 90 ซม. จากพื้น สามารถปิดเปิดได้ในระยะเอื้อมจากเตียงนอน
- สวิตช์ใหญ่มีแสงตอนปิดสวิตช์

8) ปลั๊กไฟ มีลักษณะดังนี้

- สูงจากพื้นอย่างน้อย 45 ซม.เพื่อหลีกเลี่ยงการก้ม
 - มีสวิตช์สำหรับปิด-เปิดปลั๊ก
- 9) ราวจับ มีลักษณะดังนี้
- ทำด้วยวัสดุเรียบมีความมั่นคงแข็งแรงในการจับและไม่ลื่น
 - มีลักษณะกลมโดยมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 ซม.
 - สูงจากพื้นทางลาด 80 ซม.ราวจับด้านที่อยู่ติดผนังให้มีระยะห่างจากผนังไม่น้อยกว่า 5 ซม.
 - สามารถทำความสะอาดได้ง่าย
- 10) ทางลาดมีลักษณะดังนี้
- พื้นผิวทางลาดต้องเป็นวัสดุที่ไม่ลื่น
 - พื้นผิวของจุดต่อเนื่องระหว่างพื้นกับทางลาดต้องเรียบไม่สะดุด
 - มีพื้นที่หน้าทางลาดเป็นที่ว่างยาวไม่น้อยกว่า 150 ซม.
 - ต้องมีความลาดชันไม่เกิน 1:12 และมีความยาวช่วงละไม่เกิน 6 เมตร
 - ทางลาดที่มีความยาวตั้งแต่ 2.50 ม.ต้องมีราวจับทั้งสองด้าน

2.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535) ให้ความหมายไว้ว่า ความสูงอายุ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความประพฤติที่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่างๆลดลง ดังนั้นความสูงอายุจึงมี 2 ลักษณะ กล่าวคือ

- 1) ความสูงอายุแบบปฐมภูมิ (Primary aging) เป็นความสูงอายุที่เกิดขึ้นกับทุกคนเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่ออวัยวะและเซลล์ต่างๆ ในร่างกายถูกใช้งานมานาน ย่อมเกิดความเสื่อมโทรมลง ส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวย่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว สายตาขาว พละกำลังเริ่มเสื่อมถอย เป็นต้น
- 2) ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary aging) เป็นความสูงอายุที่มนุษย์สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้เกิดจากการปล่อยปละละเลย ไม่ห่วงกังวลหรือรักษาสุขภาพร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป รับประทานอาหารมากเกินไป ร่างกายมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน เป็นต้น ก่อให้เกิดความสูงอายุแบบทุติยภูมิได้

เจมส์ และเรเนอร์ (James and Renner, 1977, อ้างถึงใน เกศินี หาญจางลิตธิ์, 2536) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิต และได้แบ่งระดับความสูงอายออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

- 1) การสูงอายุดตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุดตามปีปฏิทิน โดยนับจากปี ที่เกิดเป็นต้นไป
- 2) การสูงอายุดตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
- 3) การสูงอายุดตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญา และลักษณะที่ปรากฏใน ระยะต่างๆของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
- 4) การสูงอายุดตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระดับสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้มีประสบการณ์

กฤษดา ดันติผลาชีวะ (2524) กล่าวว่า วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียรลดลง ความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก และนอกจากนี้ยังต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกาย และสังคมในวัยสูงอายุด้วย

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้างๆ สรุปได้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึง ผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือ วัยสูงอายุเริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต เมื่อนับตามชีววิทยา (WHO, Expert Committee 1989)

การกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์นั้นมีความแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่นบางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปีจึงเป็นการยากที่จะทำ ให้มีการยอมรับกันได้ในทุก ๆ ประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุจัดโดยองค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2525 จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปโดยนับอายุตามปี ปฏิทิน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (สุรกุล เจนอบรม, 2534) ในทางการแพทย์ได้จัดผู้สูงอายุโดยแบ่งตามวัยเป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1. ผู้สูงอายุวัยเริ่มต้นเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี ในวัยนี้ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพอนามัยที่อยู่ในสภาพช่วยตนเองได้ยังทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมได้

กลุ่มที่ 2. ผู้สูงอายุวัยกลางเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 - 80 ปี กว่าครึ่งหนึ่งยังคงมีสภาพทางสุขภาพที่ช่วยตนเองได้ และเริ่มจะต้องมีผู้คอยช่วยเหลือดูแลบ้าง การทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมน้อยลงตามลำดับ

กลุ่มที่ 3. ผู้สูงอายุวัยปลายเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลจากบุตรหลานและคนอื่นๆ

2.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) ดังนี้

1. ทฤษฎีความสูงอายุทางชีววิทยาได้อธิบายกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งการสูญเสียความสามารถในด้านการต้านทานโรคในวัยสูงอายุ ซึ่งได้แบ่งทฤษฎีออกเป็น 3 แนวคิดคือ

แนวคิดที่ 1 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theories)

- ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theories)กล่าวถึงอายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดมีอายุนานไม่เท่ากันเพราะถูกกำหนดโดยรหัสทางพันธุกรรมโครโมโซม นอกจากนี้ครอบครัวใดมีอายุยืนยาวบุคคลในครอบครัวจะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน ถ้าสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงจะมีผลทำให้รหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนไปด้วย

- ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theories) ยืนยันเป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม การสร้างเอนไซม์ คือควบคุมการสร้างโปรตีน เนื่องจากเอนไซม์ทุกตัวมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบสำคัญ ทำหน้าที่เป็นรหัสพันธุกรรม ถ้าโมเลกุลของ DNA ถูกทำลาย จะทำให้สารประกอบต่างๆ อยู่ตำแหน่งผิดไป ยีนจะมีความผิดปกติ เอนไซม์ที่สร้างโดย การควบคุมของยีนที่ผิดปกติก็อาจมีน้อยหรือไม่ทำหน้าที่ มีผลให้ปฏิกิริยาในร่างกายที่ต้องอาศัยเอนไซม์นี้เกิดได้น้อยหรือไม่เกิดเลย การทำหน้าที่ของเซลล์เสียไป เซลล์ก็จะผิดปกติและตายได้

- ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic mutation theories) เกิดขึ้นจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลง DNA และเป็นตัวเร่งให้เร็วขึ้น รังสีทำให้เซลล์ชนิดที่สามารถแบ่งตัวได้เกิดผ่าเหล่าขึ้น เซลล์ที่ได้รับรังสีจะมีการทำลายของ DNA ที่อยู่

ในเซลล์จะมีกลไกในการซ่อมแซมด้วยแต่จะช้ากว่าการทำลาย ทำให้เซลล์ตายในที่สุด

แนวคิดที่ 2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error catastrophe theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อคนอายุมากขึ้นยีนจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด กล่าวคือการส่งต่อข้อมูลทางพันธุกรรมผิดพลาดไปจากเดิมความผิดพลาดนี้จะค่อย ๆ มากขึ้นจนถึงจุด ๆ หนึ่งที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและตายในที่สุด

แนวคิดที่ 3 ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theories) ทฤษฎีนี้เกี่ยวกับระยะเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ซึ่งแบ่งออกได้หลายทฤษฎี คือ

- ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้ เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตเหมือนเครื่องจักร เมื่อใช้งานนาน ๆ ย่อมมีความสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตสามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอนั้นได้เองและสามารถทำงานต่อไปได้ โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทนยกรวามเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ของประสาทและกล้ามเนื้อลาย เซลล์พวกนี้จะค่อย ๆ เสื่อมโทรมลงและตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะส่วนนั้นลดลง
- ทฤษฎีการทำลายตนเอง (Auto – Immune theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติลดลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดี ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มีภาวะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยจะไปทำลายเซลล์ของร่างกายเอง ถ้าเซลล์นั้นเป็นเซลล์ที่เจริญแล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ก็จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อสังขารร่างกาย
- ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อม ทำลายของเซลล์ภายในร่างกาย เป็นผลมาจากการสะสมของอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ปกติ สารประกอบเคมีเหล่านี้จะมีปฏิกิริยาสูงกับสารอื่นๆ ภายในเซลล์โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายและร้าวของผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป

- ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลโปรตีน การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุดกับโปรตีนที่อยู่ภายนอกของเซลล์ คือ อีลาสตินและคอลลาเจน ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีผลต่อการซึมผ่านของเซลล์ การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การบีบรัดตัวของหัวใจและการซึมผ่านของก๊าซ สารอาหารหลุดเลือด เอ็นจะแห้งแข็ง ฟันจะหัก ผนังหลอดเลือดจะลดแรงคั่งตัวลง
 - ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์ (Waste – product accumulation theory) การสูงอายุของเซลล์เป็นการแสดงถึงการคั่งค้างสะสมของเสียซึ่งเกิดจากเมตาบอลิซึมทั้งภายในเซลล์และระหว่างเซลล์ที่เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ทำให้ความสามารถในการทำงานของเซลล์ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาท สมอง ไขสันหลังและเซลล์ไต
2. ทฤษฎีความสูงอายุด้านจิตวิทยาเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมมี 4 ทฤษฎี ประกอบด้วย
- ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคง อบอุ่นมีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของผู้อื่น สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดีก็เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้
 - ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีความปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ก็ด้วยความเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอมีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา
 - ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's theory) กล่าวถึงพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสูงอายุ การที่ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในวัยต่างๆ ของแต่ละคน กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุนั้นมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่ดีเรื่อยมาก็จะประสบความสำเร็จในวัยนี้ สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย มีความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ มีความสุขยอมรับ การแก่ การเจ็บ การตายที่เกิดขึ้น
 - ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's Developmental theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุวัยต้น คือ อายุ 55-75 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย คืออายุ 75 ปี ขึ้นไป มี

ความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและการปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาสังคม โดยผู้สูงอายุมีการพัฒนา 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีค่าขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่การงานในทางตรงกันข้าม เมื่อเกษียณอายุ บางคนจะมีความรู้สึกว่ามีค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำหลังเกษียณอายุ ความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุ ที่ได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

ประการที่ 2 ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงสภาพร่างกายที่ยังมีความแข็งแรง และยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงพยายามปรับตัวให้เหมาะสมแล้วชีวิตจะพบแต่ความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงความถดถอยของร่างกายจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดลง

ประการที่ 3 การยอมรับว่าร่างกายของตนมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ การยอมรับเช่นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว ในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดติดกับสภาพ ร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อายุน้อยกว่า ก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุดโดยไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่มีความหวาดกลัวกับความตาย

3. ทฤษฎีความสูงอายุด้านสังคมวิทยาเป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะ เนื่องจากพัฒนาการของแต่ละบุคคลและผลจากการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งอธิบายตามทฤษฎีได้ 5 ทฤษฎีประกอบด้วย

- ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงคราวชราถูกหลานและชุมชนจะให้ความสำคัญหรือให้ความสนใจน้อยลง และเมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะลดความรับผิดชอบ และความห่วงใยในลูกหลานลง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็จะสมควรจะลดลงเช่นเดียวกัน
- ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุการที่ผู้สูงอายุ จะมีชีวิตที่เป็นสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควรและเหมาะสม ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

- ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและการทำกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็ย่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น
- ทฤษฎีบทบาท (Role theory) เชื่อว่าบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับบทบาทของตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เปลี่ยนบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์แบบวัยผู้ใหญ่เป็นบทบาทของสังคมและความสัมพันธ์แบบคนสูงอายุ และละเว้นจากความผูกพันกับคู่สมรสเนื่องจากการตายของคู่สมรส
- ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age stratification theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดภายในกลุ่มอายุระหว่างชั้นอายุ และระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกันกล่าวคือทฤษฎีนี้ถือว่า อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ เป็นต้น ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ

การเป็นผู้สูงอายุมิได้มีความหมายเฉพาะในทางร่างกายเท่านั้น แต่หมายรวมถึงภาวะทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและวัฒนธรรมด้วย ความหมายของผู้สูงอายุจึงแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามในเชิงทฤษฎีอาจจัดแบ่งแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (นภาพรณ ะวานนท์ และธีรวิทย์ วรรณโทัย, 2552)

กลุ่มที่หนึ่ง เป็นแนวคิดของทฤษฎีกิจกรรม (The Activity Theory) ซึ่งเชื่อว่าความสำเร็จของการเข้าสู่วัยสูงอายุคือการที่ผู้สูงอายุยังคงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ใกล้เคียงกับผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนให้ได้มากที่สุด ผู้สูงอายุจะสร้างภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวตนของตัวเองจากการที่คิดว่าคนอื่นมองหรือคิดอย่างไรกับตัวผู้สูงอายุ ความสามารถในการสร้างไว้ซึ่งภาพลักษณ์ของตนเอง แม้อายุจะมากขึ้น จะช่วยดำรงไว้ซึ่งการเคารพในตนเอง และสามารถธำรงรักษาความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ในสังคมไว้ได้

กลุ่มที่สอง เป็นแนวคิดที่เรียกว่า ทฤษฎีการถอนตัว (Disengagement Theory) มุ่งความสนใจไปยังการที่ผู้สูงอายุถอนตัวออกจากสังคมโดยแนวคิดนี้มองการถอนตัวออกจากสังคมและข้อจำกัดในเรื่องพื้นที่ของการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องธรรมชาติและเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา กระบวนการนี้เกิดขึ้นทั้งในระดับตัวผู้สูงอายุเองและในระดับสังคม การถอน

ตัวเองออกจากสังคมเกิดจากการที่ตนเองต้องการแยกตัวออกจากสังคม ส่วนการที่สังคมถอนตัวออกมาจากผู้สูงอายุเป็นเรื่องกลไกการบังคับทางสังคม เช่น การกำหนดให้เกษียณอายุ ซึ่งเป็นการยอมให้สังคมถอนตัวเองออกจากปัจเจกบุคคล ความสำเร็จของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุคือการค่อยๆ ปรับเปลี่ยนจากการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างสมบูรณ์ ไปสู่การถอนตัวออกจากสังคมอย่างราบรื่น เช่น การที่ผู้สูงอายุที่ถอนตัวออกมารู้สึกเป็นอิสระจากงานและความรับผิดชอบ และความเป็นอิสระนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่การถอนตัวไม่ใช่การที่บุคคลตกอยู่ในภาวะขอมจำนน หรือปฏิเสธการทำกิจกรรมต่างๆ แต่เป็นภาวะที่คนมองว่าเป็นข้อผูกมัดที่จะต้องเกิดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ

กลุ่มที่สาม เป็นแนวคิดที่เสนอว่า ทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบเข้าร่วมกับสังคมอย่างแข็งขันหรือการแยกตัวออกมาต่างหาก สามารถจะนำไปสู่ความสำเร็จในการเข้าสู่วัยชราได้ เพราะการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นเรื่องของการปรับตัวของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งเกิดจากทั้งตัวผู้สูงอายุเองและจากข้อกำหนดของสังคม สังคมมีส่วนสำคัญในการกำหนดเงื่อนไขว่าผู้สูงอายุจะมีความยินดีกับการเข้าสู่วัยของการเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ แต่ขณะเดียวกันตัวตนของผู้สูงอายุก็ได้สยบยอมกับสภาวะทางร่างกายและแรงกดดันทางสังคมอย่างไม่มีเงื่อนไข แต่ผู้สูงอายุอาจสามารถปรับทิศทางการดำรงความเป็นตัวตนของตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ที่ได้ผ่านมาในชีวิตเป็นแรงหนุน ดังนั้นแม้ในช่วงขณะหนึ่งผู้สูงอายุจะอยู่ภายใต้สภาวะทางด้านร่างกายและสังคมที่ใกล้เคียงกัน แต่ทัศนคติที่มีต่อตนเองอาจแตกต่างกัน และมีผลต่อการปรับตัวและการดำเนินชีวิตแตกต่างกันด้วย การเข้าสู่วัยของผู้สูงอายุเป็นกระบวนการทางสังคมซึ่งเกิดขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆ และสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโดยทั่วไปสรุปได้เป็น 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยา (Physical and physiological Changes) จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชร ดันศิริ (2536) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยามีการเปลี่ยนแปลงตามระบบดังนี้
 - ก. ระบบผิวหนัง (Integumentary system) ผิวหนังบางลงเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่ผลิตไขมันช้าลงอัตราการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เดิมลดลง ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น การไหลเวียนเลือดลดลงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย

และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลงต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลง การขับเหงื่อเพื่อระบายความร้อนจึงไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง เกิดอาการลมแดด (Heatstroke) ได้ง่าย ในเวลาที่อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น ต่อมไขมันทำงานลดลง จึงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกได้ง่าย เซลล์สร้างสี (Melanocytes) ทำงานลดลง ทำให้ผิวจางลง แต่อาจมีริ้วรอยดำหรือฝ้าตามด่างเป็นแห่งๆ ซึ่งมักพบบริเวณใบหน้า แขน และหลังมือ เรียกว่า : Lentigo senilis ผมและขนมีจำนวนลดลง เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมลดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลงการรับรู้สีกต้ออุณหภูมิ การสัมผัสที่เย็นและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลงเนื่องจากการทำงานของเครื่องรับที่ผิวหนัง และการไหลเวียนเลือดปลายทางเลวลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย

- ข. ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous system and Sensory Organ) ขนาดสมองลดลงและมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นแทนที่เซลล์สมองและเซลล์ประสาท ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาท อัตราการลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาท (Conduction velocity) ลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสมควรหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความไว เพราะอาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่ายการไหลเวียนเลือดและการใช้ออกซิเจนของสมองลดลง หลอดเลือดของสมองเสื่อมหน้าที่เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้นตามอายุ ทำให้สมองรับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือด ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม และเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึก เพราะไขมันของลูกตาลดลง หนังตามีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หนังตาดก ม่านตาลดลง ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่างๆ ไม่ดี โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือในเวลา กลางคืน ต้องอาศัยแสงสว่างช่วยจึงจะมองเห็นได้ดีขึ้น สายตายาวขึ้นมองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง

ความไวในการมองตามภาพลดลง ความสามารถในการเทียบสีลดลง ดังนั้น การเลือกใช้สีที่เห็นได้ชัดเจนตกแต่งบ้านจะช่วยลดอันตรายเนื่องจากอุบัติเหตุภายในบ้านได้ การผลิตน้ำตาลลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น สาเหตุเนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory nerves) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียง บางลงและมีการเปลี่ยนแปลงในโพรงสะท้อนเสียงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลงผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้ การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้กลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น กลิ่นแก๊สรั่ว หรือกลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีน้อยลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย และเกิดภาวะเบื่ออาหาร

- ก. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้นมวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อ การหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ช้าลง อัตราเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้างทั้งเพศหญิงและเพศชาย เซลล์กระดูกลดลง กระดูกมีน้ำหนักรลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่ายแม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุแคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกนี้มักไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อนในอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญคือบริเวณกระดูกอ่อนชายโครงจึงเป็นเหตุให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง การหายใจลำบากขึ้นต้องอาศัยการทำงานของกระบังลมมากขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมมากขึ้น น้ำไขข้อลดลงเป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่สัมผัสกันเกิดการเสียดของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อได้ง่ายทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีอาการเสื่อมได้บ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

- ง. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) ผู้สูงอายุมี ลักษณะโครงสร้างของหัวใจเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง กำลังการหดตัวลดลง ระยะเวลาการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง บริเวณสมอง หัวใจ และไต ทำให้ อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง เกิดการเสื่อมและตายในที่สุดความดันโลหิตจึงลดลงร่วมกับความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุ ส่วนมากเกิดภาวะความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทางได้ง่าย ดังนั้นการเปลี่ยนท่าทางต่างๆ ในผู้สูงอายุควรกระทำอย่างช้า
- จ. ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงกำลังการหดตัวของ กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง พบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหลังค่อมเอียง เนื่องจากกระดูกสันหลังเสื่อม เซลล์ที่อยู่ในทางเดินหายใจลดลง ประสิทธิภาพการไหลลดลง การทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออก ลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย
- ฉ. ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางแตกง่ายและสึกล้ำขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้าง ฟันลดลงมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้ง ปริมาณและคุณภาพ ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุจึงไม่ค่อยมีฟันต้องใส่ฟันปลอม ในรายที่ไม่สามารถใส่ฟันปลอมได้ ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้อง รับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรต ทำให้ขาดสารอาหารประเภทอื่นที่สำคัญต่อร่างกายได้ดื่มน้ำลายเสื่อมหน้าที่ปากและลิ้นแห่งการรับรสของลิ้นเสียไป จึงเกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง ร่วมกับมีความผิดปกติทางด้านจิตใจและ ความวิตกกังวลในด้านต่างๆ อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นเกิดความรู้สึกหิวน้อยลงการ

เคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับกำลังของกล้ามเนื้อท้องลดลง ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไม่มีอาการร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง การกระหายน้ำน้อยลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง แต่มีไขมันมาสะสมมากขึ้น การผลิตเอ็นไซม์เปลี่ยนแปลงโดยส่วนใหญ่จะมีการลดลงทั้งปริมาณและความเข้มข้น ระดับเอ็นไซม์อะมัยเลสลดลง แต่ยังมีปริมาณเพียงพอสำหรับการย่อยสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ระดับทริปซินลดลง แต่ระดับไลเปส และไบคาร์บอเนตยังคงที่ ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารลดลง

ข. ระบบสืบพันธุ์ร่วมทางเดินปัสสาวะ (Genitourinary system) ขนาดของไตลดลงและหน่วยไตมีจำนวนลดลง พลังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงและอัตราการกรองไตลดลง การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง ความสามารถทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้นกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลงความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง นอกจากนั้น ตัวรับการกระตุ้น (Stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะยังทำงานลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะ แต่ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อย เพราะมีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวแห้ง เพราะไขมันใต้ผิวหนังลดลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ค. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ต่อมไทรอยด์มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสมมากขึ้น การทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลง เนื่องจากกลไกการกระตุ้นไทรอยด์จาก TSH (Thyroid stimulating hormone) ล้มเหลว ทำให้ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผมห่น ผิวแห้งตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อ

การกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง คือ FSH (Follicular stimulating hormone) และ LH (Luteinizing hormone) รังไข่หยุดทำงานไม่หลังเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน สำหรับเพศชายการเปลี่ยนแปลงเกิดน้อยกว่าในเพศหญิงเพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆ ลดลงทีละน้อย ความรู้สึกทางเพศอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและการหาทางออกจากพฤติกรรมในผู้สูงอายุ แต่ส่วนมากมักพบผู้สูงอายุมีความสนใจและรู้สึกทางเพศมากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ และการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย
 - ก. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อนญาติสนิทหรือคู่ชีวิตเสียชีวิตหรือแยกไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพราก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย
 - ข. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากออกจากงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมน้อยลง เนื่องจากขาดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกว่าตัวเองไร้คุณค่า ไร้ความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม ขณะเดียวกันก็ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
 - ค. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรธิดามักจะมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ต่างหากโดยเฉพาะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural change) ปัจจุบันสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกาย และทาง จิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยมีแนวโน้มไปทาง

ตะวันตกมากขึ้นทำให้เกิดผลกระทบกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้แก่

- ก. การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีดกันผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับงานตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุซึ่งเคย เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี
- ข. การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการขยายตัวหรือการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมักจะถูกทอดทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้เกิดความว้าเหวจากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทางด้านสรีรภาพ พบว่าร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบ ทั้งระบบประสาทและต่อมไร้ท่อต่างๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงและอาจเกิดโรคได้ง่าย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่และสถานทางสังคม สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นผลมาจากเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง ทำให้การร่วมกิจกรรมหรือการทำกิจกรรมในสังคมลดลงไปด้วย จึงอาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นไปในทิศทางที่เสื่อมถอยลง และการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลต่างก็มีการเสื่อมถอยของร่างกายอีกทั้งผู้สูงอายุมีสี่สิ่งแวดล้อมทั้งมีชีวิตและไม่มีชีวิตและมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันไปตลอดจนการมีพฤติกรรมที่จะดำรงและรักษาซึ่งภาวะสุขภาพมากน้อยแตกต่างกันด้วย แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุได้มีบุคคลนำเสนอไว้ดังนี้

นาถ พันธมนาวิน (2549) ได้กล่าวว่า ความต้องการของผู้สูงอายุมี 2 ประการได้แก่

- ความต้องการด้านเศรษฐกิจ คือความต้องการด้านการเงิน ที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นการช่วยเหลือเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพรวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ เช่น การสงเคราะห์หรือประกันผู้สูงอายุ
- ความต้องการด้านที่อยู่อาศัย โดยมีที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจจะเป็นบ้านของตนเอง หรือบุตรหลาน

สุรกุล เจนอบรม (2534) ได้เสนอว่าความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุมี 5 ประการคือ

- ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลาน หรือญาติพี่น้องและหน่วยงานของภาครัฐ
- ความต้องการในเรื่องที่อยู่อาศัย โดยผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย เช่น บ้านของตนเอง บ้านของบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของภาครัฐและเอกชน
- ความต้องการในด้านอนามัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงรอบค้วและบุตรหลานควรเอาใจใส่
- ความต้องการทางด้านการงาน เพราะการทำงานเป็นที่มาของรายได้ เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และผู้สูงอายุไม่อย่ารู้สึกเป็นคนไร้ประโยชน์
- ความต้องการความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ จากครอบครัว เพราะผู้สูงอายุต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

นงลักษณ์ บุญไทย (2539) กล่าวว่า ความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 7 ประการคือ

- ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุถูกปล่อยให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือแยกตัวอยู่คนเดียว ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ควบคู่ไปกับภายนอกครอบครัว เช่น องค์การภาครัฐ องค์การเอกชน องค์การศาสนา
- ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทชราภาพ ผู้สูงอายุต้องการได้บำนาญชราภาพเพื่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างมั่นคงปลอดภัยตามสมควรแก่อัตภาพของชีวิต
- ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทของสังคม ดังนั้นสังคมควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น
- ความต้องการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง หากครอบครัวหรือชุมชน ได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักพึ่งตนเองไม่เป็นการละของสังคม

- ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ การต้องการเป็นส่วนหนึ่ง การยอมรับและเคารพจากบุคคลภายในครอบครัวและสังคม ต้องการเป็นมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม
- ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งที่ธรรมชาติเสริมขึ้นมาเพื่อให้ร่างกายอยู่ได้ ได้แก่ ปัจจัยสี่ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค
- ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลานจากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอันได้แก่ ปัจจัยสี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ใช้ในการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ความต้องการและการปรับตัวของผู้สูงอายุจะต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแล ได้รับการยอมรับจากบุคคลหลายฝ่าย ทั้งตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน นโยบายต่าง ๆ ของภาครัฐ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่และที่อยู่อาศัยที่ดี อันจะเป็นการลดปัญหาและสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งนี้ผู้ศึกษาจะนำแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไปใช้ในการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์ในหัวข้อเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างไรบ้าง การเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ (2548) ได้ศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุโดยทำการศึกษาจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้านและภายนอกบ้านรวม อุปกรณ์ และสำรวจสัดส่วนสรีระของผู้สูงอายุเพื่อการออกแบบทางสถาปัตยกรรม การออกแบบผลิตภัณฑ์ อุปกรณ์ประกอบในที่พักอาศัย เป็นต้น พร้อมทั้งได้เสนอแนะขนาดที่เหมาะสมกับการออกแบบเพื่อผู้สูงอายุไทยไว้เป็นแนวทาง โดยแบ่งออกเป็น 2 พื้นที่ คือ พื้นที่ภายในอาคาร และพื้นที่ภายนอกอาคาร จากการศึกษาพบว่าสามารถแยกสรุปเป็นองค์ประกอบภายนอกอาคาร และพื้นที่ภายในอาคาร โดยสามารถสรุปพอสังเขปได้ดังนี้ องค์ประกอบภายนอกอาคาร ความสูงลูกตั้งบันไดประมาณ 13 เซนติเมตร ความชันของทางลาด อัตราส่วน 1 : 12 พื้นผิวจะต้องไม่ลื่น สามารถเดินหรือเข็นรถเข็นได้สะดวก ร้วบ้านมีความสูงระดับหน้าอก แบบรั้วกึ่งทึบกึ่งโปร่ง แก้วใสตามแบบชุดแก้วใสไม่มีโต๊ะวางของตรง

กลางและสามารถนั่งได้หลายคน สำหรับพื้นที่ภายในอาคาร ห้องนอนมีพื้นที่อย่างน้อย 10 - 12 ตารางเมตรต่อคน ไม่รวมห้องน้ำ และ 16 -20 ตารางเมตรสำหรับห้องพักรวม (2 คน) และให้มีการเคลื่อนที่ของรถเข็นได้สะดวก ระดับของสวิทช์ที่ผู้สูงอายุเลือกมากที่สุด คือระดับ 120 เซนติเมตรจากพื้น สวิทช์ไฟฟ้าไม่ควรสูงเกินไปเพื่อให้ผู้สูงอายุกดได้สะดวกโดยไม่ต้องเอื้อม ส่วนระดับของปลั๊กไฟฟ้าที่ผู้สูงอายุเลือกมากที่สุดคือระดับ 90 เซนติเมตรจากพื้น โดยรูปแบบของสวิทช์มีขนาดใหญ่ไม่มากนักที่พบเห็นได้ทั่วไป ส่วนปลั๊กไฟฟ้าเลือกแบบใช้ปลั๊กที่มีสวิทช์ตัดไฟประกอบด้วยมากที่สุด สำหรับอุปกรณ์ลูกบิด มือจับประตู และกลอนประตู มีการเลือกลูกบิดประตูมากกว่ามือจับเปิดประตู สำหรับก๊อกน้ำส่วนใหญ่เลือกใช้ก๊อกน้ำแบบบิดไปด้านข้าง โถส้วมใช้แบบชนิดนั่งราบ สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 40 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 50 เซนติเมตร ราวจับใช้แบบที่เป็นสแตนเลสเส้นผาศูนย์กลาง 4.5 เซนติเมตร มีความสูงจากพื้นถึงระดับบนสุด 80 เซนติเมตร ราวจับด้านที่อยู่ติดผนังให้มีระยะห่างจากผนังไม่น้อยกว่า 5 เซนติเมตร มีความสูงจากจุด ยึดไม่น้อยกว่า 12 เซนติเมตร ราวจับในห้องน้ำเลือกแบบราวจับพื้น 2 อัน การใช้สีสำหรับป้ายต่างๆส่วนใหญ่เลือกสีน้ำเงินบนพื้นสีขาว เป็นตัวอักษรที่ผู้สูงอายุมองเห็นชัดที่สุด

นิยุตรัตน์ จามพันธ์ (2549) ศึกษาเรื่องการเตรียมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุสมาชิกสำนักงานประกันสังคมในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาผู้ประกันตนที่ทำงานในธนาคาร จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบ้านเป็นของตนเองอยู่แล้วและอาศัยมาก่อนช้านาน จึงคิดว่าไม่มีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ซึ่งการเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการเตรียมการเรื่องที่อยู่อาศัยและมองว่าการเตรียมที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่ยังไม่จำเป็น เพราะคิดว่าตนเองยังแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีโรคประจำตัวและสามารถขึ้นลงบันไดได้อย่างปกติ แต่ผู้สูงอายุมีการเตรียมการปรับปรุงหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัยให้ใหม่และดีขึ้น อีกสาเหตุหนึ่งก็จากสภาพแวดล้อมของคนไทยที่ส่วนใหญ่เป็นสังคมที่ถูกหลานต้องดูแลพ่อแม่ พอเกษียณก็ย้ายไปอยู่กับลูกหลาน ดังนั้นทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการเตรียมการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยล่วงหน้า

ทรงศณีย์ โกศยทิพย์ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ในอำเภอด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหา ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็น สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 100 คน โดยการสุ่ม อย่างง่ายแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพและแบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง ด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.93 และแบบวัดภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.86 สถิติที่

ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีคะแนนในระดับต่ำ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีคะแนนในระดับต่ำ พฤติกรรมด้านบริโภค อาหารในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย การจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย และพฤติกรรมการ

ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ($r=386, P\text{-value}<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นภาพรณ ะวานนท์ และธีรวิทย์ วรธนัทย์ (2552) ได้ศึกษาทิศทางใหม่ในการพัฒนาการอยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย การศึกษามุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เป็นการนำเสนอสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยทั้งทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมลักษณะการอยู่อาศัยและปรับปรุงที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย จากผลการศึกษาพบว่าทิศทางการพัฒนาการอยู่อาศัยในสังคมไทยควรให้ความสำคัญกับแนวคิดในการทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านและชุมชนเดิมให้มากที่สุด เพราะผู้สูงอายุจะมีความผูกพันกับบ้านและชุมชน การที่ผู้สูงอายุได้อยู่ในที่เดิมจึงให้คุณค่าทั้งทางจิตใจและสังคมแก่ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิต อยู่ในบ้านเดิมได้ สังคมและชุมชนจะต้องมีระบบที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุตามความจำเป็นในหลายๆด้านจะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มีคุณภาพ จึงได้เสนอแบบจำลองการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

1. การสร้างระบบดูแลผู้สูงอายุที่บ้านครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแล ส่วนชุมชนควรสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในกรณีที่ครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล ส่วนภาครัฐ ควรมุ่งเน้นไปที่การกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุ
2. การพัฒนาคุณภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุควรปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาวะทางร่างกาย เช่น พื้นบ้านต้องไม่ลื่น
3. การสร้างศูนย์ผู้สูงอายุ การสร้างพื้นที่ให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มาเพื่อพบปะสังสรรค์พักผ่อน ออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุไม่แยกตัวออกจากสังคมและใช้ชีวิตอยู่แต่เพียงในบ้าน

กุศล สุนทรธาดา (2552) ได้ศึกษารูปแบบครอบครัวกับการเกื้อหนุนและสวัสดิการผู้สูงอายุ จากการศึกษาได้จัดรูปแบบครอบครัวตามโครงสร้างการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 3 แบบ คือครอบครัวรุ่นเดียว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นและอยู่กับคนอื่นครอบครัว 2 รุ่น ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร อยู่กับพ่อแม่ อยู่กับหลาน ครอบครัว 3 รุ่น ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรและหลาน อยู่กับพ่อแม่และบุตร อยู่กับพ่อแม่และหลาน และอยู่มากกว่า 3 รุ่นรายได้หลักของผู้สูงอายุมี

อยู่ 2 แห่ง คือจากบุตรหลานมากที่สุด รองลงมาคือ จากการทำงาน ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวยังหลายรุ่น ก็จะได้รับ การเกื้อหนุนด้านรายได้จากบุตรหลานมากยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน และในทางตรงกันข้ามจะมีรายได้จากการทำงานลดลง สำหรับการเกื้อหนุนด้านสิ่งของและด้านจิตใจ (การเยี่ยมเยียน) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวรุ่นเดียวได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรน้อยที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว 2 รุ่นและ 3 รุ่น ได้รับการเกื้อหนุนมากขึ้น

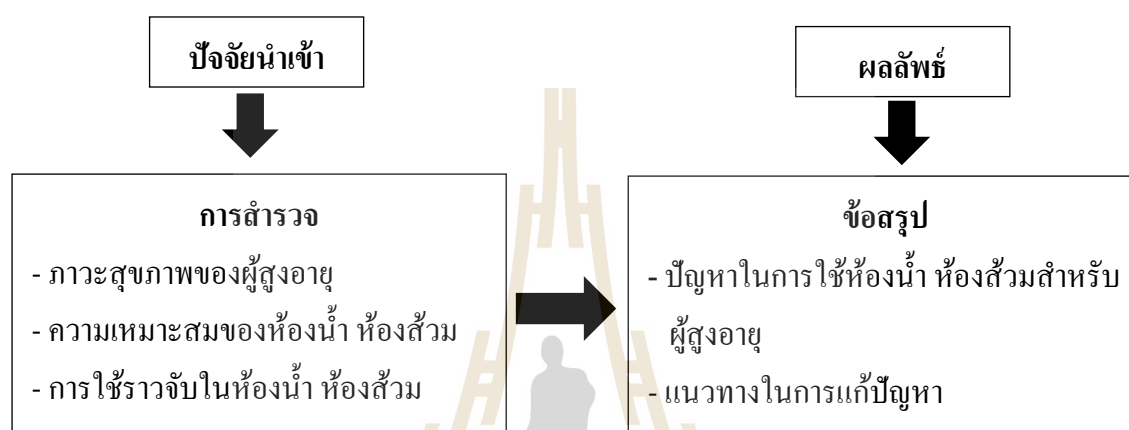
อังศุมลีน บัวแก้ว (2554) การดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอำเภอคลอง จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลอง อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2552-เดือนเมษายน 2552 จำนวน 30 คนและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจำนวน 30 คน ทำการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบอาสาสมัครเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมประยุกต์ใช้ของ แววดาว ทวีชัย (2543) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางครอบครัวโดยประยุกต์ใช้ของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ

จันทร์จุรี ลิ้มทอง (2555) แนวทางการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยและพัฒนาต้นแบบที่อยู่อาศัยเพื่อคนพิการจังหวัดนนทบุรี จากผลการศึกษาพบว่าคนพิการแต่ละด้านมีกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน มีความต้องการด้านการใช้พื้นที่ที่ต่างกัน คนพิการด้านการเคลื่อนไหวที่ใช้รถเข็น คนพิการด้านการมองเห็น และคนพิการด้านการได้ยินและสื่อความหมาย ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถเข้าถึงพื้นที่ต่างๆ ได้อย่างสะดวกและมีความปลอดภัยจากการใช้ชีวิตประจำวัน การเดินทางไปยังจุดต่างๆ คนพิการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ และคนพิการด้านจิตใจ โดยพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันแล้วเก็บตัวอยู่ภายในที่อยู่อาศัย ไม่เข้าสังคม ไม่มีความต้องการที่จะออกสู่โลกภายนอก แต่จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ พบว่าคนพิการทั้งสามด้านที่เหลื ควรที่จะมีกิจกรรมที่ใกล้ชิดธรรมชาติ ไม่ควรอยู่เฉพาะภายในที่อยู่อาศัยจะทำให้อยู่กับภาพหลอน การได้ใกล้ชิดธรรมชาติ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงปลา จะสามารถทำให้สภาพความพิการดีขึ้น จากการติดตามผลการปรับปรุงบ้านคนพิการในโครงการบ้านนออยู่สำหรับคนพิการพบว่าการปรับปรุงต้องอาศัยความร่วมมือของท้องถิ่น ที่เห็นความสำคัญของผู้อยู่อาศัยที่เป็นคนพิการที่แท้จริง จะทำให้การปรับปรุงที่อยู่อาศัยมีประสิทธิภาพมากขึ้น และวัสดุที่ใช้ในการปรับปรุงนำวัสดุท้องถิ่นเข้ามาปรับ

ไว้จะทำให้สามารถลดค่าวัสดุในบางส่วนและได้ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นด้วย คนพิการมีความพึงพอใจที่ได้รับงบประมาณในการปรับปรุงบ้าน เพื่อให้คนพิการได้ใช้งานพื้นที่ที่ปรับปรุงอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วงท้องถิ่นต้องคำนึงถึงผู้อยู่อาศัยเป็นหลัก สภาพความพิการแตกต่างกัน

2.4 กรอบแนวคิดงานวิจัย

การศึกษานี้มีกรอบแนวคิดงานวิจัย ดังรูปที่ 2.1



รูปที่ 2.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความเหมาะสมของ
ห้องน้ำ ห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียง

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
ในการวิจัยเชิงคุณภาพเรียกผู้ถูกศึกษาทั้งหมดว่าประชากรและเจาะจงบางคนมาให้ข้อมูลเท่านั้น

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 23 อำเภอ มี
จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 209,834 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้สูงอายุในเขต
จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane.
1973 ; อ้างถึงใน อรุณ จิรวัดนกุล, 2550) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 400 คน แล้วเลือกตัวแทน
ครัวเรือน ครัวเรือนละ 1 คน แสดงการหารขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของทาโร ยามาเน่ โดย
กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง 0.05 ได้ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1+(Ne^2)}$$

เมื่อ $n =$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N =$ จำนวนหน่วยประชากร

$e =$ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{209,834}{1+(209,834 \times 0.05^2)}$$

$$n = 400$$

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 400 คน แล้วใช้วิธีการ เลือกแบบ
เจาะจงโดยเลือกตัวแทนครัวเรือนละ 1 คน เพื่อใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน มีลักษณะดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับเพศ

ข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับอายุ

ข้อที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับน้ำหนักและส่วนสูง

ข้อที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานะภาพการสมรส

ข้อที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับสถานภาพการอยู่อาศัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับระดับการศึกษา

ข้อที่ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับอาชีพ

ข้อที่ 8 เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมและการเคลื่อนไหวภายในบ้าน (ตอบได้
มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อที่ 9 เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว

ข้อที่ 10 เป็นคำถามเกี่ยวกับโรคกระดูกและข้อ

ข้อที่ 11 เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้ยา

ข้อที่ 12 เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้ยินเสียง

ข้อที่ 13 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมองเห็น

ข้อที่ 14 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าต่างๆ

ข้อที่ 15 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยาประจำ

ข้อที่ 16 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุรายาแดง

ข้อที่ 17 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ข้อที่ 18 เป็นคำถามเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ข้อที่ 19 เป็นคำถามเกี่ยวกับชนิดของการออกกำลังกายเป็นประจำ

ข้อที่ 20 เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ของการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

ข้อที่ 21 เป็นคำถามเกี่ยวกับชนิดของอุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้

ข้อที่ 22 เป็นคำถามเกี่ยวกับการกลัวการล้ม

ข้อที่ 23 เป็นคำถามเกี่ยวกับประวัติการล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อที่ 24 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาที่ท่านพบบ่อยในการใช้เก้าอี้ของท่าน

ข้อที่ 25 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะใดของเก้าอี้ที่ท่านต้องการมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ข้อดังนี้

ข้อที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาการกลืนอาหารหรือปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับประทานผักผลไม้เป็นประจำ

ข้อที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดื่มน้ำสะอาด

ข้อที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

คำถามทั้ง 4 ข้อ มีลักษณะเลือกตอบเป็น ใช่และไม่ใช่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ใช่ ให้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินแบ่งระดับคะแนนของตอนที่ 1-4 ให้แบบอิงเกณฑ์ของ เบนจามิน เอสบลูม (Benjamin S. Bloom) (อ้างถึงในนิทัศน์กมล นันตะแก้ว, 2548) ดังนี้

ได้คะแนนร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความเหมาะสมดี

ได้คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความเหมาะสมปานกลาง

ได้คะแนนร้อยละ 0-59 หมายถึง มีความเหมาะสมน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ข้อดังนี้

ข้อที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของห้องน้ำที่พักอาศัย

ข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับห้องส้วมภายในที่พัก

ข้อที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับความสูงลูกตั้งของบันได โดยให้ตอบเป็นค่า

โดยประมาณ (เซนติเมตร)

ข้อที่ 4 เป็นคำถามการมีราวจับบันได

ข้อที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับวัสดุที่ใช้ทำราวบันไดในที่พักอาศัยซึ่งมีลักษณะแบบ

เลือกตอบจำนวน 6 ข้อ

ข้อที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับความสูงของราวจับบันได โดยให้ตอบเป็นค่า

โดยประมาณ (เซนติเมตร)

ข้อที่ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนของราวจับบันได โดยให้ตอบเป็นค่า (อัน)

ข้อที่ 8 เป็นคำถามความถี่ในการใช้ราวบันไดในที่พักอาศัยลักษณะคำถามเป็น

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ข้อ คือ ไม่ใช่ 1-3 ครั้ง 4-6 ครั้งและมากกว่า 6

ครั้ง

ข้อที่ 9 เป็นคำถามเกี่ยวกับบริเวณที่พักอาศัยว่ามีทางลาดหรือไม่

ข้อที่ 10 เป็นคำถามความถี่ในการใช้ทางลาดในที่พักอาศัย

ข้อ 8 และ 10 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ข้อ คือ ไม่ใช่ 1-3 ครั้ง 4-6 ครั้งและมากกว่า 6 ครั้ง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับอุปกรณ์พุงตัวผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 5 ข้อดังนี้

ข้อที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยในการเลือกใช้อุปกรณ์พุงตัว โดยให้สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการใช้อุปกรณ์พุงตัว

ข้อที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับอุปกรณ์ออกกำลังกายที่มีภายในชุมชน

ข้อที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายในบริเวณชุมชน

ข้อที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับความเข้าใจในการเลือกใช้อุปกรณ์พุงร่างกายของผู้สูงอายุ

ข้อที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับทางเดินที่เหมาะสมเมื่อใช้เครื่องช่วยเดินสี่ขาแบบมีล้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเป็นคำถามเกี่ยวกับดัชนีบาร์เซลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 ข้อดังนี้

ข้อที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้เรียบร้อยแล้ว โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	ให้	0 คะแนน
ตักเองได้แต่ต้องมีคนช่วย	ให้	1 คะแนน
ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	ให้	2 คะแนน

ข้อที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ต้องการความช่วยเหลือ	ให้	0 คะแนน
ทำเองได้(รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	ให้	1 คะแนน

ข้อที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ)	ให้	0 คะแนน
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	ให้	1 คะแนน
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	ให้	2 คะแนน
ทำได้เอง	ให้	3 คะแนน

ข้อที่ 4 เป็นแบบสอบถามการใช้ห้องน้ำโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ช่วยตัวเองไม่ได้	ให้	0 คะแนน
ทำเองได้บ้าง	ให้	1 คะแนน
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	ให้	2 คะแนน

ข้อที่ 5 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	ให้	0 คะแนน
ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง	ให้	1 คะแนน
เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	ให้	2 คะแนน
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	ให้	3 คะแนน

ข้อที่ 6 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสวมใส่เสื้อผ้า โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ต้องมีคนสวมใส่ให้	ให้	0 คะแนน
ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50	ให้	1 คะแนน
ช่วยตัวเองได้ดี	ให้	2 คะแนน

ข้อที่ 7 เป็นคำถามเกี่ยวกับการขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่สามารถทำได้	ให้	0 คะแนน
ต้องการคนช่วย	ให้	1 คะแนน
ขึ้นลงได้เอง	ให้	2 คะแนน

ข้อที่ 8 เป็นคำถามเกี่ยวกับการอาบน้ำ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	ให้	0 คะแนน
อาบน้ำได้เอง	ให้	1 คะแนน

ข้อที่ 9 เป็นคำถามเกี่ยวกับการกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

กลั้นไม่ได้	ให้	0 คะแนน
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	ให้	1 คะแนน
กลั้นได้เป็นปกติ	ให้	2 คะแนน

ตอนที่ 10 เป็นคำถามเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

กลั้นไม่ได้	ให้	0 คะแนน
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	ให้	1 คะแนน
กลั้นได้เป็นปกติ	ให้	2 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินอ้างอิง : แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
กรมอนามัย

ผลการประเมินคะแนน ADL	
คะแนนรวม	
ลำดับที่	

ตารางที่ 3.1 อ้างอิงผลการประเมิน

ลำดับ	คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
1	0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
2	5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
3	9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง : intermediate initial score, moderately severs dependence
4	12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severs dependence, consideration of discharging home

3.3 การสร้างเครื่องมือ

- 1) ศึกษาทฤษฎีเอกสารตำรา แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2) สร้างแบบสอบถามฉบับร่าง
- 3) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการและอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วมตรวจสอบปรับปรุงแก้ไข

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ได้นำแบบฟอร์มเก็บข้อมูลงานวิจัยของ รชนีกร พลปัตติ(2560) และ สุภารัตน์ ค้าง
สันเทียะ(2560) และนำแบบฟอร์มเก็บข้อมูลที่จัดทำขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ เพื่อ
ตรวจสอบเนื้อหาแล้วนำมาแก้ไขความบกพร่อง และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ทำเป็น
ฉบับสมบูรณ์เพื่อเก็บข้อมูลต่อไป

3.5 การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
2. ติดต่อประสานงานและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยแก่หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยแก่กลุ่มผู้สูงอายุและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยตนเองและรอรับแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง
5. รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และประเมินสภาวะสุขภาพเบื้องต้น
6. ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบสอบถามกรณีพบเห็นข้อมูลบางชุดที่ไม่สมบูรณ์ ได้ดำเนินการขอข้อมูลเพิ่มเติมทันที
7. เมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนตามกำหนดแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการคำนวณค่าความถี่และร้อยละ ส่วนข้อคำถามในส่วนที่ 4 ใช้หลักการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองตามหลักดัชนีบาร์เรลเอดีแอล แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยหลักสถิติเชิงพรรณนา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

บทนี้ นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเชิงสำรวจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงความสามารถในการมองเห็น การได้ยินเสียง ความสามารถในการกลืนอาหาร ปัสสาวะ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการออกกำลังกาย การทานผักผลไม้ การดื่มน้ำสะอาดลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ความเหมาะสมของห้องน้ำห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ การใช้ราวจับในห้องน้ำห้องส้วมและ 2) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

4.1.1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 400 คน ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้

- 1) เพศชายจำนวน 166 คน (ร้อยละ 41.5) และเพศหญิงจำนวน 234 คน (ร้อยละ 58.5) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 การจำแนกเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

เพศ	ความถี่	ร้อยละ
1. ชาย	162	41.5
2. หญิง	234	58.5
รวม	400	100

- 2) กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 60-64 ปีจำนวน 124 คน (ร้อยละ 31) ช่วงอายุ 65-69 ปีจำนวน 137 คน (ร้อยละ 33.5) ช่วงอายุ 70-74 ปีจำนวน 67 คน (ร้อยละ 16.8) ช่วงอายุ 75-79 ปีจำนวน 25 คน (ร้อยละ 6.3) และช่วงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.8) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การจำแนกอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

เพศ	ความถี่	ร้อยละ
1. อายุระหว่าง 60-64 ปี	124	31
2. อายุระหว่าง 65-69 ปี	137	33.5
3. อายุระหว่าง 70-74 ปี	67	16.8
4. อายุระหว่าง 75-79 ปี	25	6.3
5. อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	47	11.8
รวม	400	100

- 3) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักเท่ากับ 56.87 กิโลกรัมและค่าเฉลี่ยส่วนสูงเท่ากับ 158.46 เซนติเมตร
- 4) สำหรับสถานภาพครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า สถานภาพโสดมีจำนวน 40 คน (ร้อยละ 10) สถานภาพสมรส 258 คน (ร้อยละ 64.5) และหม้ายหรือหย่าร้าง 102 คน (ร้อยละ 25.5) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 การจำแนกสถานภาพครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

สถานภาพครอบครัว	ความถี่	ร้อยละ
1. โสด	40	10
2. สมรส	258	64.5
3. หม้ายหรือหย่าร้าง	102	25.5
รวม	400	100

- 5) ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานภาพการอยู่อาศัยกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า อยู่คนเดียวจำนวน 39 คน (ร้อยละ 9.8) อยู่กับคู่สมรสจำนวน 205 คน (ร้อยละ 51.3) อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานจำนวน 179 คน (ร้อยละ 44.8) และอยู่กับญาติจำนวน 16 คน (ร้อยละ 4) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การจำแนกสถานภาพการอยู่อาศัยกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

สถานภาพการอยู่อาศัยกับครอบครัว	ความถี่	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	39	9.8
2. อยู่กับคู่สมรส	205	51.3
3. อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	179	44.8
4. อยู่กับญาติ	16	4
รวม	400	100

- 6) ในด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ไม่ได้เรียน อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้จำนวน 141 คน (ร้อยละ 35.3) จบระดับประถมศึกษาจำนวน 199 คน (ร้อยละ 49.8) จบระดับมัธยมศึกษาจำนวน 32 คน (ร้อยละ 8) และจบระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าจำนวน 28 คน (ร้อยละ 7) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 การจำแนกระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่ได้เรียน อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้	141	35.3
2. ระดับประถมศึกษา	199	49.8
3. ระดับมัธยมศึกษา	32	8
4. ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	28	7
รวม	400	100

- 7) ผลของการวิเคราะห์ด้านการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 145 คน (ร้อยละ 36.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร ผู้สูงอายุจำนวน 38 คน (ร้อยละ 9.5) ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ/พนักงานของรัฐเกษียณ ผู้สูงอายุจำนวน 29 คน (ร้อยละ 7.2) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ผู้สูงอายุจำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.5) ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน/ลูกจ้าง

เอกชน ผู้สูงอายุจำนวน 43 คน(ร้อยละ 10.8)ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ผู้สูงอายุจำนวน 128 คน(ร้อยละ 32.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุจำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.8) ประกอบอาชีพอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การจำแนกการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

อาชีพ	ความถี่	ร้อยละ
1. อาชีพเกษตรกร	145	36.3
2. อาชีพข้าราชการบำนาญ/ พนักงานของรัฐเกษียณ	38	9.5
3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	29	7.3
4. อาชีพพนักงานเอกชน/ลูกจ้าง เอกชน	14	3.5
5. รับจ้างทั่วไป	43	10.8
6. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	128	32.9
7. ประกอบอาชีพอื่นๆ	3	0.8
รวม	400	100

8) ผลการวิเคราะห์กิจกรรม/การเคลื่อนไหวภายในบ้านเป็นดังนี้

- 8.1) ผลการวิเคราะห์กิจกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 205 คน (ร้อยละ 51.2) นั่งรับประทานอาหารที่พื้น จำนวน 183 คน (ร้อยละ 45.8) นั่งรับประทานอาหารที่โต๊ะอาหาร และจำนวน 12 คน (ร้อยละ 3) รับประทานอาหารที่อื่น
- 8.2) ผลการวิเคราะห์กิจกรรมการขับถ่ายพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 231 คน(ร้อยละ 57.8) ใช้ส้วมนั่งยอง และจำนวน 169 คน (ร้อยละ 42.2) ใช้ส้วมชักโครก
- 8.3) ผลการวิเคราะห์การเคลื่อนไหวภายในบ้านและพื้นที่โดยรอบของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 33 คน (ร้อยละ 8.3) เคลื่อนไหวผ่านทางลาดชันมาก ผู้สูงอายุจำนวน 139 คน (ร้อยละ 34.8) เคลื่อนไหวผ่านพื้นต่างระดับ ผู้สูงอายุจำนวน 95 คน (ร้อยละ 23.8) ขึ้นบันได และผู้สูงอายุจำนวน 133 คน (ร้อยละ 33.4) ไม่เคลื่อนไหวผ่านทางลาด

ชั้น/พื้นที่ต่างระดับ/บันได

- 8.4) สำหรับลักษณะการนอนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้จากการสอบถามพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 119 คน (ร้อยละ 29.8) นอนบนพื้นโดยใช้เสื่อหรือเบาะ ผู้สูงอายุจำนวน 52 คน (ร้อยละ 13) นอนบนเตียงเดี่ยว ผู้สูงอายุจำนวน 179 คน (ร้อยละ 44.8) นอนบนเตียงความสูงพอดี ผู้สูงอายุจำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.3) นอนบนเตียงที่สูงไป และผู้สูงอายุจำนวน 45 คน (ร้อยละ 11.3) นอนบนที่นอนในลักษณะอื่นๆ เช่น แคร่
- 9) เมื่อวิเคราะห์สุขภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 137 คน (ร้อยละ 34.3) มีโรคประจำตัวในขณะที่ 263 คน (ร้อยละ 65.7) มีโรคประจำตัว โดยผู้สูงอายุจำนวน 53 คน (ร้อยละ 13.3) เป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุจำนวน 72 คน (ร้อยละ 18) เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุจำนวน 16 คน (ร้อยละ 4) เป็นโรคไขข้ออักเสบ ผู้สูงอายุจำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.8) เป็นโรคหัวใจ ผู้สูงอายุจำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.5) เป็นโรคไต ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.5) เป็นโรคโลหิตจาง ผู้สูงอายุจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) เป็นโรคกระเพาะอาหาร ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.5) เป็นโรคหลอดลมอักเสบ ผู้สูงอายุจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) เป็นโรคพาร์กินสัน ผู้สูงอายุจำนวน 22 คน (ร้อยละ 5.5) เป็นโรคกระดูกและข้อ และผู้สูงอายุจำนวน 76 คน (ร้อยละ 19) เป็นโรคอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 การจำแนกสุขภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

โรคประจำตัว	ความถี่	ร้อยละ
1. โรคเบาหวาน	53	13.3
2. โรคความดันโลหิตสูง	72	18
3. โรคไขข้ออักเสบ	16	4
4. โรคหัวใจ	11	2.8
5. โรคไต	14	3.5
6. โรคโลหิตจาง	10	2.5
7. โรคกระเพาะ	6	1.5
8. โรคหลอดลมอักเสบ	10	2.5

9. โรคพาร์กินสัน	6	1.5
10. โรคกระดูกและข้อ	22	5.5
11. อื่นๆ ระบุ.....	76	19

10) นอกจากนี้ผู้มีปัญหาเป็นโรคกระดูกและข้อ จำนวน 160 คน (ร้อยละ 40) โดยแบ่งเป็น จำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.5) บริเวณตำแหน่งคอ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.5) ตำแหน่งข้อไหล่ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.3) ตำแหน่งข้อศอก จำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.5) ตำแหน่งข้อมือ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 7.2) ตำแหน่งนิ้วมือ จำนวน 59 คน (ร้อยละ 14.8) ตำแหน่งบริเวณกระดูกสันหลัง จำนวน 38 คน (ร้อยละ 9.5) ตำแหน่งข้อตะโพก จำนวน 91 คน (ร้อยละ 22.8) ตำแหน่งข้อเข่า จำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.8) ตำแหน่งข้อเท้า จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.3) ตำแหน่งฝ่าเท้า

ในส่วนของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเป็นโรคกระดูกและข้อพบว่า ผู้สูงอายุป่วยในบริเวณข้อเข่ามากที่สุด คิดเป็นจำนวน 91 คน (ร้อยละ 22.8) ผู้สูงอายุจำนวน 80 คน (ร้อยละ 20)ป่วยในบริเวณอื่นๆ ผู้สูงอายุจำนวน 59 คน (ร้อยละ 14.8) ป่วยในบริเวณกระดูกสันหลัง ผู้สูงอายุจำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.8) ป่วยในบริเวณข้อเท้า ผู้สูงอายุจำนวน 38 คน (ร้อยละ 9.5) ป่วยในบริเวณข้อตะโพก ผู้สูงอายุจำนวน 47 คน (ร้อยละ 11.8) ป่วยในบริเวณข้อเท้า ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.5) ป่วยในบริเวณข้อไหล่ ผู้สูงอายุจำนวน 29 คน (ร้อยละ 7.3) ป่วยในบริเวณนิ้วมือ ส่วนตำแหน่งฝ่าเท้าเป็นตำแหน่งที่ผู้สูงอายุป่วยน้อยที่สุด คิดเป็น 5 คน (ร้อยละ 1.3) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การจำแนกตำแหน่งของโรคกระดูกและข้อของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ตำแหน่งที่เป็นโรคกระดูกและข้อ	ความถี่	ร้อยละ
1. คอ	18	4.5
2. ข้อไหล่	30	7.5
3. ข้อศอก	9	2.3
4. ข้อมือ	18	4.5
5. นิ้วมือ	29	7.3
6. กระดูกสันหลัง	59	14.8

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

7. ข้อตะโพก	38	9.5
8. ข้อเข่า	91	22.8
9. ข้อเท้า	47	11.8
10. ฝ่าเท้า	5	1.3
11. อื่นๆ	80	20

- 11) นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์การไ้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า จำนวน 216 คน (ร้อยละ 54.0) ไม่ได้ไ้ยา ในขณะที่อีกจำนวน 184 คน (ร้อยละ 46.0) มี การไ้ยา ดังแสดงในตารางรูปที่ 4.8 โดยผู้สูงอายุจำนวน 130 คน (ร้อยละ 32.5) ไ้ยาตามแพทย์สั่ง ผู้สูงอายุจำนวน 54 คน (ร้อยละ 13.5) ไ้ยากินเอง) ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 การจำแนกการไ้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

การไ้ยา	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่ได้ไ้ยา	216	54.0
2. ไ้ยา	184	46.0
รวม	400	100

- 12) เมื่อสอบถามปัญหาทางการไ้ยีนพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 291 คน (ร้อยละ 72.8) ไม่มีปัญหาทางการไ้ยีน ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 109 คน (ร้อยละ 27.3) มี ปัญหาทางการไ้ยีน ดังแสดงในตารางที่ 4.9 โดยผู้สูงอายุจำนวน 54 คน (ร้อยละ 13.5) มีอาการหูตึง ผู้สูงอายุจำนวน 23 คน (ร้อยละ 5.8) อาการประสาท หูเสื่อม และผู้สูงอายุจำนวน 32 คน (ร้อยละ 8) อาการหูไม่ได้ยินเป็นครั้งคราว) ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 การจำแนกปัญหาทางการได้ยินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัญหาทางการได้ยิน	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	291	72.8
2. มีปัญหา	109	27.3
รวม	400	100

- 13) สำหรับปัญหาการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 227 คน (ร้อยละ 56.8) ไม่มีปัญหาการมองเห็น ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 173 คน (ร้อยละ 43.2) มีปัญหาการมองเห็น ดังแสดงในตารางที่ 4.11 โดยผู้สูงอายุจำนวน 108 คน (ร้อยละ 27) มีอาการตามัว/มองไม่ชัด ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.5) มีอาการตาเป็นต้อ ผู้สูงอายุจำนวน 19 คน (ร้อยละ 19) มีอาการตาฟาง ผู้สูงอายุจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) ตาบอด และผู้สูงอายุจำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.5) มีอาการสายตาผิดปกติ (สายตาสั้น สายตายาว และสายตาเอียง)

ตารางที่ 4.11 การจำแนกการมองเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

การมองเห็น	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	227	56.8
2. มีปัญหา	173	43.2
รวม	400	100

- 14) เมื่อสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการเปลี่ยนท่าทางพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาในการเปลี่ยนท่าทางมีจำนวน 263 คน (ร้อยละ 65.7) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเปลี่ยนท่าทางมีจำนวน 137 คน (ร้อยละ 34.3) ดังแสดงในตารางที่ 4.11 โดยเป็นปัญหาในการลุกออกจากเตียงไม่ได้หรือทำได้ยากจำนวน 95 คน (ร้อยละ 23.8) ลุกออกจากที่นั่งและเก้าอี้ไม่ได้หรือทำได้ยากจำนวน 42 คน (ร้อยละ 10.5)

ตารางที่ 4.12 การจำแนกการเปลี่ยนท่าทางของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนท่าทาง	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	263	65.
2. มีปัญหา	137	34.3
รวม	400	100

- 15) เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นประจำ (ประจำ คือ รับประทานต่อเนื่อง ติดต่อกันเป็นประจำทุกวันหรือเป็นระยะเวลานาน) พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 269 คน (ร้อยละ 67.2) ไม่มีการรับประทานยาเป็นประจำ ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 112 คน (ร้อยละ 28) มีการรับประทานยาเป็นประจำ ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 การจำแนกการรับประทานยาเป็นประจำของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

การรับประทานยาเป็นประจำ	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่มีการรับประทานยาเป็นประจำ	269	67.2
2. มีการรับประทานยาเป็นประจำ	131	32.8
รวม	400	100

- 16) นอกจากนี้เมื่อสอบถามพฤติกรรมการดื่มสุรายาเสพติด พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 127 คน (ร้อยละ 31.7) ยังมีการดื่มบ้างเป็นครั้งคราว(น้อยกว่า 1 ครั้ง/อาทิตย์) ผู้สูงอายุจำนวน 32 คน (ร้อยละ 8) ดื่มเป็นประจำทุกวัน(ทุกวันหรือใน 1 อาทิตย์จะดื่มอย่างน้อย 1 ครั้ง) และผู้สูงอายุจำนวน 241 คน(ร้อยละ 61.3)ไม่ดื่ม ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.14 การจำแนกการดื่มสุรายาแดงของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ดื่มสุรายาแดง	ความถี่	ร้อยละ
1. ดื่มบ้างเป็นครั้งคราว	127	31.7
2. ดื่มเป็นประจำทุกวัน	32	8
3. ไม่ดื่ม	241	61.3
รวม	400	100

- 17) เมื่อสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 45 คน (ร้อยละ 11.2) ที่ปัจจุบันยังมีการสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุจำนวน 56 คน (ร้อยละ 14) เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว และผู้สูงอายุจำนวน 299 คน (ร้อยละ 74.8) ไม่เคยสูบบุหรี่ ดังแสดงในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 การจำแนกการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

สูบบุหรี่	ความถี่	ร้อยละ
1. มีการสูบบุหรี่	45	11.2
2. เลิกสูบแล้ว	56	14
3. ไม่เคยสูบบุหรี่	299	74.8
รวม	400	100

- 18) เมื่อสอบถามการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุย้อนหลังภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 119 คน (ร้อยละ 29.8) ไม่ออกกำลังกาย ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 281 คน (ร้อยละ 70.2) ออกกำลังกาย ดังแสดงในตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 การจำแนกพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

การออกกำลังกาย	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่มีการออกกำลังกาย	119	29.8
2. มีการออกกำลังกาย	281	70.2
รวม	400	100

- 19) เมื่อสอบถามชนิดของการออกกำลังกายเป็นประจำของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 281 คน พบว่า กิจกรรมที่สูงอายุทำบ่อยเป็นลำดับแรกคือ การเดิน รองลงมาคือปั่นจักรยาน เล่นกีฬา ออกกำลังกายทั่วไป เช่น กายบริหาร และ ทำงานบ้าน ส่วนการออกกำลังกาย 3 ลำดับท้ายคือ การว่ายน้ำ โยคะ/ซิกง ยกน้ำหนัก และ โยคะรองลงมาตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 การจำแนกชนิดการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

การออกกำลังกาย	ความถี่	ร้อยละ
1. การเดิน	186	46.5
2. เล่นกีฬา	74	18.5
3. ปั่นจักรยาน	67	16.8
4. ออกกำลังกายทั่วไป	42	10.5
5. การวิ่ง	37	9.3
6. แอโรบิก	4	1
7. ว่ายน้ำ	4	1
8. โยคะ/ซิกง	3	0.8
9. การยกน้ำหนัก	2	0.5
10. โยคะ	2	0.5

- 20) เมื่อวิเคราะห์ผลของการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 322 คน (ร้อยละ 80.5) ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้สูงอายุจำนวน 28 คน (ร้อยละ 7) ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตลอดเวลา และ ผู้สูงอายุจำนวน 50 คน (ร้อยละ 12.6) ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเป็นครั้งคราว ดังแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 การจำแนกการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	322	80.5
2. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตลอดเวลา	28	7
3. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเป็นครั้งคราว	50	12.6
รวม	400	100

- 21) เมื่อสอบถามชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 248 คน(ร้อยละ 62) ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ผู้สูงอายุจำนวน 109 คน(ร้อยละ 27.3) ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ผู้สูงอายุจำนวน 41 คน(ร้อยละ 10.2) ใช้สื่ช่วยเดิน และผู้สูงอายุจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) ใช้อุปกรณ์อื่นๆ ช่วยเดิน ดังแสดงในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 การจำแนกชนิดของการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ชนิดของอุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	248	62
2. ใช้ไม้เท้า	109	27.3
3. ใช้สื่ช่วย	41	10.2
4. อุปกรณ์อื่นๆ	2	0.5
รวม	400	100

- 22) เมื่อสอบถามการกั้วการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 247 คน (ร้อยละ 61.8) ไม่กั้วการหกล้ม ผู้สูงอายุจำนวน 43 คน (ร้อยละ 10.8) กั้วการหกล้มน้อย ผู้สูงอายุจำนวน 58 คน (ร้อยละ 14.5)กั้วการหกล้มในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุจำนวน 52 คน (ร้อยละ 13) กั้วการหกล้มมาก ดังแสดงในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 การจำแนกการกั้วการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

กั้วการหกล้ม	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่กั้วการหกล้ม	247	61.8
2. กั้วการหกล้มน้อย	43	10.8
3. กั้วการหกล้มในระดับปานกลาง	58	14.5
4. กั้วการหกล้มมาก	52	13
รวม	400	100

23) สำหรับประวัติการหกล้ม

23.1) จากการสอบถามประวัติการหกล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 364 คน (ร้อยละ 91) ไม่เคยหกล้ม ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 36 คน (ร้อยละ 9) เคยหกล้ม

23.2) ความถี่ในการหกล้มพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเคยหกล้ม จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.8) จำนวน 1 ครั้ง รองลงมาคือ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 4.3) หกล้มจำนวน 2 ครั้ง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) หกล้ม 3 ครั้ง และจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.6) หกล้มมากกว่า 3 ครั้ง ตามลำดับ

23.2.1) สถานที่หกล้มของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า บริเวณภายในบ้านมากที่สุดคือ 24 คน (ร้อยละ 6) รองลงมาคือ บริเวณรอบตัวบ้าน บริเวณในชุมชน และบริเวณที่อื่นๆ ตามลำดับ

23.2.2) สำหรับสาเหตุการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียการทรงตัว รองลงมาที่มีความถี่เท่ากันคือ สาเหตุของผลข้างเคียงจากการใช้ยา การดื่มแอลกอฮอล์ สวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม เช่น สวมส้นสูง รองเท้าหลวม ใส่ผ้าถุงหรือกระโปรงที่ยาวเกินไป และแสงสว่างไม่เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 4.23

23.2.3) จากการสอบถามกิจกรรมที่ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุปฏิบัติในขณะที่ล้มพบว่า ล้มในขณะที่เดิน รองลงมาคือ ขณะยืน

23.2.4) ส่วนผลสืบเนื่องจากการหกล้มที่เกิดขึ้นทางร่างกายคือ มีเพียงรอยฟกช้ำ และแผลถลอก รองลงมาคือ กล้ามเนื้อหรือเอ็นฉีก และข้อหลุด

23.2.5) ผลสืบเนื่องจากการล้มต่อความสามารถในกิจวัตรประจำวันคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชนน้อย ดูแลและช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ทำงานได้น้อยลง

23.2.6) สำหรับการรักษาล้างจากการหกล้มส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทำการรักษาด้วยตนเอง และจำนวน 28 คน (ร้อยละ 7) ของผู้ที่หกล้มที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แล้วกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน

ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

จากการสอบถามที่อยู่อาศัยเกี่ยวกับลักษณะที่อยู่ปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 107 คน (ร้อยละ 26.8) อยู่บ้านไม้ยกพื้นสูง ผู้สูงอายุจำนวน 260 คน (ร้อยละ 65) อยู่บ้านเดี่ยว ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.5) อยู่บ้านแฝด ผู้สูงอายุจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) อยู่ทาวน์เฮาส์ ผู้สูงอายุจำนวน 4 คน (ร้อยละ 1) อยู่ตึกแถว ผู้สูงอายุจำนวน 17 คน (ร้อยละ 4.3) อยู่ที่อยู่อาศัยแบบอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 การจำแนกลักษณะที่อยู่ปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ลักษณะที่อยู่ปัจจุบัน	ความถี่	ร้อยละ
1. บ้าน ไม้ยกพื้นสูง	107	26.8
2. บ้านเดี่ยว	260	65
3. บ้านแฝด	10	2.5
4. ทาวน์เฮาส์	2	0.5
5. ตึกแถว	4	1
6. อื่นๆ	17	4.3
รวม	400	100

จากการสอบถามชั้นของที่อยู่ของผู้สูงอายุพักหรือนอนพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 58 คน (ร้อยละ 14.5) พักชั้นบน ผู้สูงอายุจำนวน 340 คน (ร้อยละ 85) พักชั้นล่าง และผู้สูงอายุจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) พักคอนโดมิเนียมหรืออพาร์ทเมนต์ ดังแสดงในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 การจำแนกชั้นของที่อยู่ของผู้สูงอายุพักหรือนอน

พักหรือนอนอยู่ชั้นไหน	ความถี่	ร้อยละ
1. ชั้นบน	58	14.5
2. ชั้นล่าง	340	85
3. คอนโดมิเนียมหรืออพาร์ทเมนต์	2	0.5
รวม	400	100

จากการสอบถามที่อยู่อาศัยเกี่ยวกับปัญหาเรื่องพื้นที่ใช้สอยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 276 คน (ร้อยละ 69) ไม่มีปัญหาเรื่องพื้นที่ใช้สอย เช่น ห้องน้ำ บันได ห้องนอน

ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 124 คน (ร้อยละ 31) มีปัญหาเกี่ยวกับพื้นที่ใช้สอย ดังแสดงในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 การจำแนกความถี่ปัญหาเรื่องพื้นที่ใช้สอยของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ปัญหาเรื่องพื้นที่ใช้สอย	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหา	276	69
2. มีปัญหา	124	31
รวม	400	100

นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวน 298 คน (ร้อยละ 74.5) ไม่ใช้บันได ผู้สูงอายุจำนวน 86 คน (ร้อยละ 21.5) ใช้บันไดวันละ 1-3 ครั้ง ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน (ร้อยละ 2.5) ใช้บันได วันละ 4-6 ครั้ง และผู้สูงอายุจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) ใช้บันไดมากกว่า 6 ครั้งต่อวัน ดังแสดงในตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 การจำแนกความถี่ในการใช้บันไดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

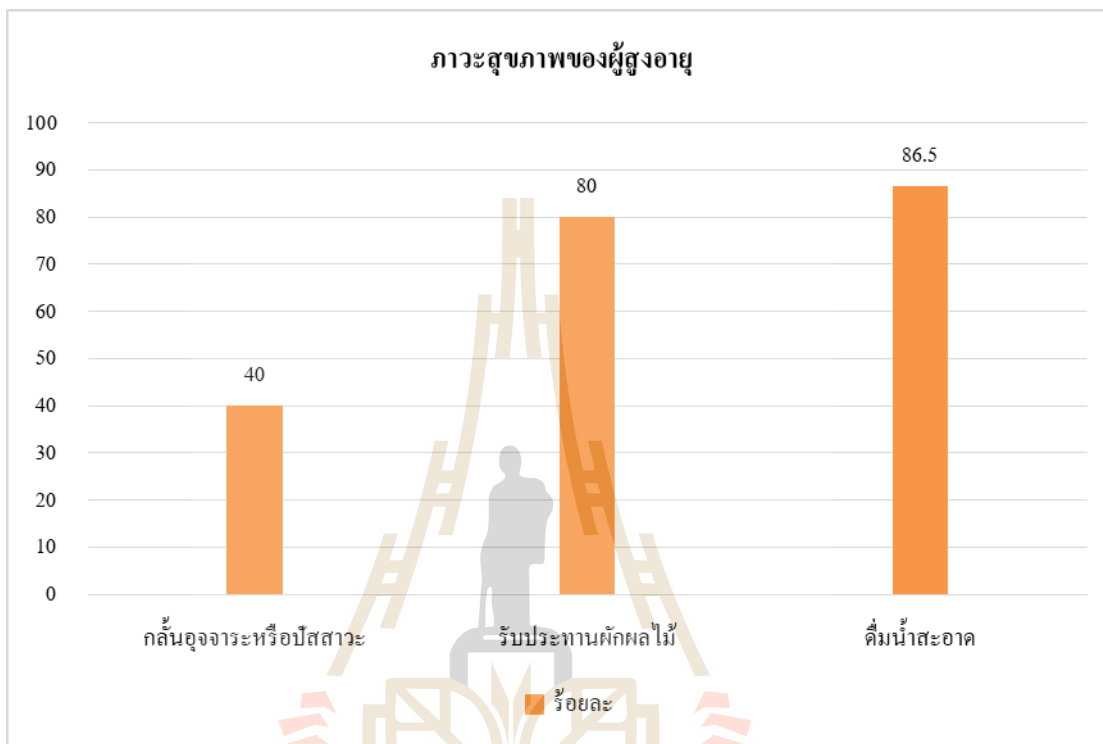
การใช้บันได	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่ใช้	290	72.5
2. ใช้ 1-3 ครั้ง	86	21.5
3. ใช้ 4-6 ครั้ง	10	2.5
4. มากกว่า 6 ครั้ง	6	1.5
รวม	400	100

4.2 ภาวะสุขภาพและลักษณะของสิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

4.2.1 ภาวะสุขภาพ

- 1) ผลจากการวิเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาการกลืนอาหารหรือปัสสาวะหรือไม่ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 160 คน (ร้อยละ 40) จำนวน 240 คน (ร้อยละ 60) ไม่เคยมีปัญหา
- 2) จากการสอบถามการรับประทานผักผลไม้เป็นประจำพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 320 คน (ร้อยละ 80) รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 80 คน (ร้อยละ 20) ไม่ได้รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ

- 3) จากการสอบถามการดื่มน้ำสะอาดของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 346 คน (ร้อยละ 86.5) ดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำ ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 51 คน (ร้อยละ 13.5) ไม่ได้ดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำ

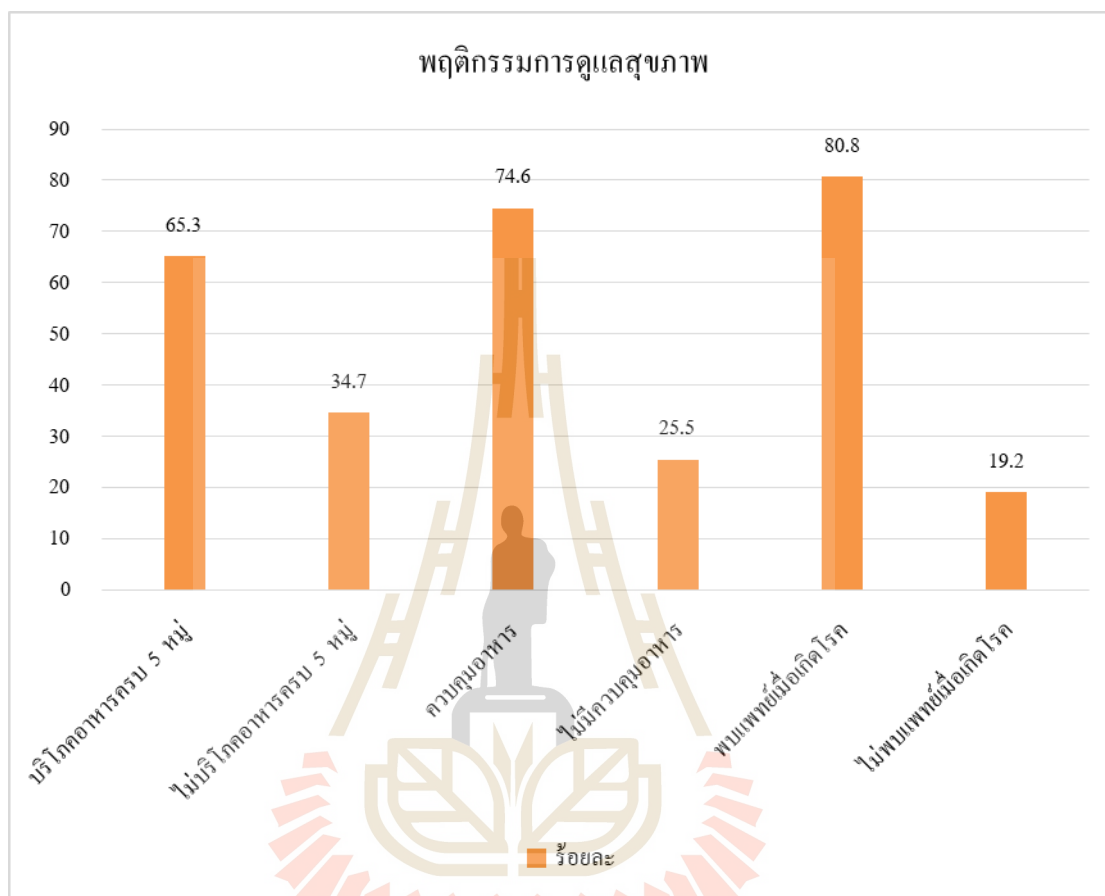


แผนภูมิที่ 4.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

- 4.1) จากการสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 261 คน (ร้อยละ 65.3) บริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 139 คน (ร้อยละ 34.7) ไม่บริโภคอาหารครบ 5 หมู่
- 4.2) จากการสอบถามการควบคุมอาหาร (หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม เปรี้ยว)พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 298 คน(ร้อยละ 74.6) มีการควบคุมอาหาร ส่วนผู้สูงอายุจำนวน 102 คน (ร้อยละ 25.5) ไม่มีการควบคุมอาหาร
- 4.3) จากการสอบถามการไปพบแพทย์เมื่อเกิดโรคหรือเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 323 คน (ร้อยละ 80.8) ไปพบแพทย์เมื่อเกิดโรคหรือเจ็บป่วย

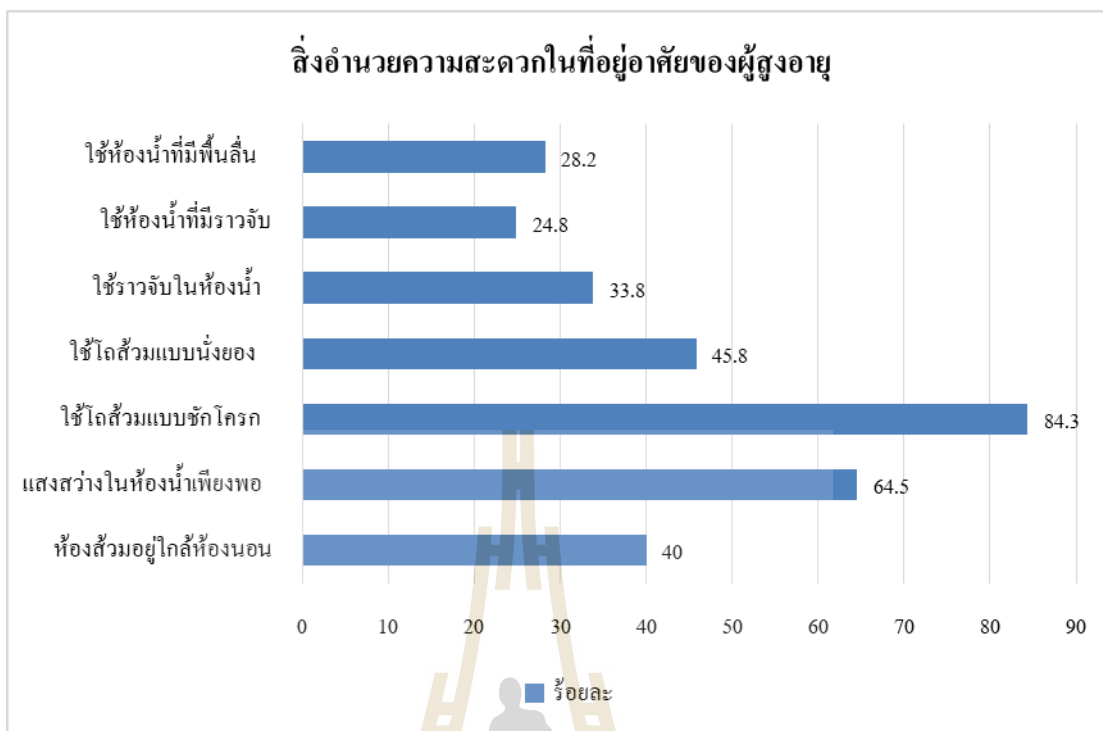
ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 77 คน (ร้อยละ 19.2) ไม่ไปพบแพทย์เมื่อเกิดโรคหรือเจ็บป่วย



แผนภูมิที่ 4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.2.2 ลักษณะของสิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

จากการสอบถามความเหมาะสมของห้องน้ำในที่พักอาศัยพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 113 คน (ร้อยละ 28.2) ใช้ห้องน้ำที่มีพื้นลื่น ผู้สูงอายุจำนวน 99 คน (ร้อยละ 24.8) ใช้ห้องน้ำที่มีราวจับ ผู้สูงอายุจำนวน 135 คน (ร้อยละ 33.8) ใช้ราวจับในห้องน้ำ ผู้สูงอายุจำนวน 227 คน (ร้อยละ 56.8) ใช้โถส้วมแบบนั่งยอง ผู้สูงอายุจำนวน 183 คน (ร้อยละ 45.8) ใช้โถส้วมแบบชักโครก ผู้สูงอายุจำนวน 337 คน (ร้อยละ 84.3) มีแสงสว่างในห้องน้ำเพียงพอ ผู้สูงอายุจำนวน 258 คน (ร้อยละ 64.5) มีห้องส้วมอยู่ในตัวบ้าน ผู้สูงอายุจำนวน 160 คน (ร้อยละ 40) มีห้องส้วมอยู่ใกล้ห้องนอน



แผนภูมิที่ 4.3 สิ่งอำนวยความสะดวกในที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

จากการสอบถามความสูงลูกตั้งของบันไดพบว่า ค่าเฉลี่ยของความสูงลูกตั้งบันไดเท่ากับ 16.5 เซนติเมตร โดยผู้สูงอายุจำนวน 31 คน (ร้อยละ 7.8) ใช้บันไดที่มีความสูงลูกตั้งน้อยกว่า 13 เซนติเมตร ผู้สูงอายุจำนวน 37 คน (ร้อยละ 9.3) ใช้บันไดที่มีความสูงลูกตั้ง 13-15 เซนติเมตร ผู้สูงอายุจำนวน 4 คน (ร้อยละ 1) ใช้บันไดที่มีความสูงลูกตั้ง 15-20 เซนติเมตร ผู้สูงอายุจำนวน 75 คน (ร้อยละ 18.8) ใช้บันไดที่มีความสูงลูกตั้งมากกว่า 20 เซนติเมตร และผู้สูงอายุจำนวน 253 คน (ร้อยละ 63.2) ไม่สามารถระบุความสูงของลูกตั้งได้

ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับราวจับบันไดพบว่า ค่าเฉลี่ยของความสูงของราวจับบันไดเท่ากับ 105 เซนติเมตร โดยผู้สูงอายุจำนวน 34 คน (ร้อยละ 8.5) ใช้ราวบันไดทำจากสแตนเลส ผู้สูงอายุจำนวน 12 คน (ร้อยละ 3) ใช้ราวบันไดทำจากเหล็ก ผู้สูงอายุจำนวน 117 คน (ร้อยละ 29.3) ใช้ราวจับบันไดทำจากไม้ ผู้สูงอายุจำนวน 4 คน (ร้อยละ 1) ใช้ราวบันไดทำจากพลาสติก ผู้สูงอายุจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) ใช้ราวบันไดทำจากยาง ในด้านความถี่ของการใช้ราวจับพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 177 คน (ร้อยละ 44.3) ไม่ใช้ราวจับบันได ผู้สูงอายุจำนวน 146 คน (ร้อยละ 36.5) ใช้ราวจับบันได 1-3 ครั้งต่อวัน ผู้สูงอายุจำนวน 21 คน (ร้อยละ 5.3) ใช้ราวจับบันได 4-6 ครั้ง ผู้สูงอายุจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) ใช้ราวจับบันไดมากกว่า 6 ครั้งต่อวัน ในส่วนของการใช้ทางลาดพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 81 คน (ร้อยละ 20.3) มีทางลาดในที่พักอาศัย ผู้สูงอายุจำนวน 277 คน (ร้อยละ 69.3) ไม่มีทางลาดในที่พักอาศัย ผู้สูงอายุจำนวน 62 คน (ร้อยละ 15.5) ใช้ทางลาดบริเวณที่พัก

อาศัย 1-3 ครั้งต่อวัน ผู้สูงอายุจำนวน 16 คน (ร้อยละ 4) ใช้ทางลาดบริเวณที่พักอาศัย 4-6 ครั้งต่อวัน ผู้สูงอายุจำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) ใช้ทางลาดบริเวณที่พักอาศัยมากกว่า 6 ครั้งต่อวัน ผู้สูงอายุจำนวน 253 คน (ร้อยละ 63.2) ไม่ใช้ทางลาดเลย

4.2.3 อุปกรณ์พยุงตัวของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 129 คน (ร้อยละ 32.3) พิจารณาราคาในการเลือกใช้อุปกรณ์พยุงตัว ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 205 คน (ร้อยละ 51.2) พิจารณาด้านความแข็งแรง และจำนวน 169 คน (ร้อยละ 42.3) พิจารณาด้านสภาวะของร่างกายที่ต้องใช้อุปกรณ์ ไม่เท่า สี่ขาพยุงเดิน นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.5) ใช้อุปกรณ์พยุงตัวตลอดเวลา ผู้สูงอายุจำนวน 158 คน (ร้อยละ 39.5) ใช้เมื่อต้องเดินหรือยืนเป็นเวลานาน และผู้สูงอายุจำนวน 114 คน (ร้อยละ 28.5) ใช้เมื่อออกจากที่พักอาศัย ในส่วนของอุปกรณ์ออกกำลังกายในชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 185 คน (ร้อยละ 46.3) ตอบว่าภายในบริเวณชุมชนมีอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ทั้งนี้การจำแนกอุปกรณ์ออกกำลังกายบริเวณชุมชนแสดงในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 การจำแนกอุปกรณ์ออกกำลังกายบริเวณชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ลำดับ	ประเภท	จำนวนผู้สูงอายุที่ ตอบว่ามี	จำนวนผู้สูงอายุที่ ตอบว่าไม่มี
1.	อุปกรณ์บริหารแขน-หัวไหล่-หน้าอก แบบถ่าง-หุบยกตัว	27	357
2.	อุปกรณ์บริหารแขน-หัวไหล่-หน้าอก แบบดันยกตัว	18	366
3.	อุปกรณ์บริหารแขน-หัวไหล่-หน้าอก แบบดึงยกตัว	10	374
4.	อุปกรณ์แกว่งสะโพก-ทรงตัวคู่	23	361
5.	อุปกรณ์โยกกรรเชียงบกเดี่ยว	96	288
6.	อุปกรณ์บิดเอวแบบยืน 3 ที่	64	320
7.	อุปกรณ์เอนปั่นจักรยาน	96	288

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

ลำดับ	ประเภท	จำนวนผู้สูงอายุที่ ตอบว่ามี	จำนวนผู้สูงอายุที่ ตอบว่าไม่มี
8.	อุปกรณ์ม้าโยกบริเวณแขน-ขา-หน้า ท้อง	63	321
9.	อุปกรณ์วิ่งต่างระดับสลับหัวไหล่ (แบบล้อถ่วง)	56	328
10.	อุปกรณ์เดินอากาศไร้การกระแทก เดี่ยว	46	338
11.	อุปกรณ์ยกน้ำหนัก (แบบนอน)	50	334
12.	อุปกรณ์บาร์โหนคู้	6	308
13.	อื่นๆ โปรดระบุ	86	21.5

จากการสอบถามพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 69 คน (ร้อยละ 17.3) เคยใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายภายในชุมชน จากการสอบถามความเข้าใจในการเลือกใช้อุปกรณ์พวงร่างกายของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 280 คน (ร้อยละ 70) ตอบว่า ไม่ทำใช้ในกรณีที่ผู้ใช้ต้องการอุปกรณ์ช่วยเสริมความมั่นคงในการเดิน ผู้สูงอายุจำนวน 272 คน (ร้อยละ 68) ตอบว่าเครื่องช่วยเดินสี่ขาใช้กรณีที่ผู้ใช้ขาดความมั่นคงในการเดิน และผู้สูงอายุจำนวน 211 คน (ร้อยละ 52.8) ตอบว่าเครื่องช่วยเดินสี่ขาแบบมีล้อ ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงที่แขนทั้ง 2 ข้าง นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวน 203 คน (ร้อยละ 50.7) ตอบว่าเครื่องช่วยเดินสี่ขาแบบมีล้อเหมาะกับทางเดินแบบทางราบ ผู้สูงอายุจำนวน 74 คน (ร้อยละ 18.5) ตอบว่าเหมาะกับทางลาดชัน และผู้สูงอายุจำนวน 41 คน (ร้อยละ 10.3) ตอบว่าเหมาะกับทางราบกับทางลาดชัน

นอกจากนี้ผลการประเมินด้วยดัชนีบาร์เรลเอดีแอลพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.7) ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา ดังแสดงในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 ผลการวิเคราะห์การเป็นภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ

ภาวะการพึ่งพา	ความถี่	ร้อยละ
1. ไม่เป็นการพึ่งพา	375	93.7
2. ภาวะพึ่งพานกลาง	15	3.8
3. ภาวะพึ่งพารุนแรง	4	1
4. ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	6	1.5
รวม	400	100

ตารางที่ 4.27 อ้างอิงผลการประเมิน

ลำดับ	คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
1	0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
2	5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
3	9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
4	12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediatehigh, mildly severe dependence, consideration of discharging home

อ้างอิง : แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรมอนามัย

บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและวิเคราะห์อุปสรรคในการใช้ห้องน้ำและห้องส้วมของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษา ผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียง ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ในเขตจังหวัดบุรีรัมย์และพื้นที่ใกล้เคียง จากนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ผล

5.1.1 ผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษาผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียงพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 160 คน (ร้อยละ 40) เคยประสบปัญหาการกลืนอุจจาระหรือปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในขณะที่ 240 คน (ร้อยละ 60) ไม่เคยมีปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุจำนวน 320 คน (ร้อยละ 80) รับประทานผักผลไม้เป็นประจำ ในขณะที่ 74 คน (ร้อยละ 18.5) ไม่ได้รับประทานผักผลไม้ ผู้สูงอายุจำนวน 346 คน (ร้อยละ 86.5) ดื่มน้ำสะอาด ในขณะที่ 51 คน (ร้อยละ 12.8) ไม่ได้ดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำ ในส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 261 คน (ร้อยละ 65.3) บริโภคอาหารครบ 5 หมู่จำนวน 295 คน (ร้อยละ 73.8) ควบคุมอาหารโดยการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด และผู้สูงอายุจำนวน 32.3 คน (ร้อยละ 8.08) ได้พบแพทย์เมื่อเกิดโรค

5.1.2 ผลการสำรวจความเหมาะสมของห้องน้ำห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ภูมิศึกษาผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียงพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 113 คน (ร้อยละ 28.2) ใช้ห้องน้ำที่มีพื้นดิน จำนวน 99 คน (ร้อยละ 24.8) ใช้ห้องน้ำที่มีราวจับ จำนวน 135 คน (ร้อยละ 33.8) ใช้ราวจับในห้องน้ำ จำนวน 227 คน (ร้อยละ 56.8) ใช้โถส้วมแบบนั่งยอง จำนวน 183 คน (ร้อยละ 45.8) ใช้โถส้วมแบบชักโครก จำนวน 337 คน (ร้อยละ 84.3) มีแสงสว่างในห้องน้ำเพียงพอ จำนวน 258 คน (ร้อยละ 64.5) มีห้องส้วมอยู่ในตัวบ้าน จำนวน 160 คน (ร้อยละ 40) มีห้องส้วมอยู่ใกล้ห้องนอน ความสูงลูกตั้งบันไดเฉลี่ย 16.5 เซนติเมตร ความสูงของราวจับบันไดเฉลี่ย 105 เซนติเมตร จำนวน 122 คน (ร้อยละ 30.5) มีราวจับบันได จำนวน 34 คน (ร้อยละ 8.5) ใช้ราวจับบันไดทำจากสแตนเลสจำนวน 12 คน (ร้อยละ 3) ใช้ราวจับบันไดทำจากเหล็ก จำนวน 117 คน (ร้อยละ 29.3) ใช้ราวจับ

จับบันไดทำจากไม้จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1) ใช้ราวบันไดทำจากพลาสติกจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) ใช้ราวบันไดทำจากยาง ผู้สูงอายุจำนวน 177 คน (ร้อยละ 44.3) ไม่ใช้ราวจับบันไดจำนวน 146 คน (ร้อยละ 36.5) ใช้ราวจับบันได 1-3 ครั้งต่อวัน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 5.3) ใช้ราวจับบันได 4-6 ครั้ง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) ผู้ใช้ราวจับบันไดมากกว่า 6 ครั้งต่อวัน ผู้สูงอายุจำนวน 81 คน (ร้อยละ 20.3) มีทางลาดในที่พักอาศัย จำนวน 277 คน (ร้อยละ 69.3) ไม่มีทางลาดในที่พักอาศัย จำนวน 62 คน (ร้อยละ 15.5) ใช้ทางลาดบริเวณที่พักอาศัย 1-3 ครั้งต่อวัน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 4) ใช้ทางลาดบริเวณที่พักอาศัย 4-6 ครั้งต่อวัน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.5) ใช้ทางลาดบริเวณที่พักอาศัยมากกว่า 6 ครั้งต่อวัน จำนวน 253 คน (ร้อยละ 63.2) ไม่ใช้ทางลาดเลย

5.1.3 ผลการสำรวจการใช้ราวจับในห้องน้ำห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ทัศนศึกษาผู้สูงอายุในเขตจังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดใกล้เคียง พบว่าจำนวน 99 คน (ร้อยละ 24.8) ใช้ห้องน้ำที่มีราวจับ จำนวน 135 คน (ร้อยละ 33.8) ใช้ราวจับในห้องน้ำ จำนวน 227 คน (ร้อยละ 56.8) ใช้โถส้วมแบบนั่งยอง จำนวน 183 คน (ร้อยละ 45.8) ใช้โถส้วมแบบชักโครก จำนวน 337 คน (ร้อยละ 84.3) มีแสงสว่างในห้องน้ำเพียงพอ จำนวน 258 คน (ร้อยละ 64.5) มีห้องส้วมอยู่ในตัวบ้าน จำนวน 160 คน (ร้อยละ 40) มีห้องส้วมอยู่ใกล้ห้องนอน

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย หน่วยงานของภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งผลการวิจัย หน่วยงานต่าง ๆ ควรพิจารณาและจัดสวัสดิการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

5.2.1.1 การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งถือเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการสำรวจและเน้นการบริการ สุขภาพที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด

5.2.1.2 การจัดสวัสดิการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งเข้าไปให้บริการติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม ซึ่งจากการวิจัยดังกล่าว หน่วยงานภาครัฐสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปปรับใช้เพื่อให้สิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด

5.2.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

- 5.2.2.1 ควรมีการขยายการดำเนินการวิจัยการศึกษาและวิเคราะห์อุปสรรคในการใช้ห้องน้ำและห้องส้วมของผู้สูงอายุในพื้นที่และมีความแตกต่างกันในบริบทต่าง ๆ
- 5.2.2.2 ควรศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะอนามัย เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อนำไปปรับปรุงต่อไป
- 5.2.2.3 ควรศึกษาด้านการประกอบอาชีพผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้พัฒนาอาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมและดีขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- กุลยา ดันติผลาชีวะ. (2524). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : เจริญกิจ.
- กุศล สุนทรธาดา. (2552). รูปแบบครอบครัวและการเกื้อหนุนและสวัสดิการผู้สูงอายุในประชากรและสังคม 2552. ชาย โพธิสิต และสุชาดา ทวีสิทธิ์ บรรณาธิการ. นครปฐม : สถาบันประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์จรี ลีทอง. (2555). แนวทางการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยและพัฒนาต้นแบบที่อยู่อาศัยเพื่อคนพิการจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี : คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: เจริญกิจ.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (2548). ศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุรายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย/มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ทรรศนีย์ โกศัยทิพย์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร หะวานนท์ และ ชีรวิทย์ วรรณโนทัย. (2552). ทิศทางใหม่ของการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- นาถ พันธุมนาวัน และคณะ. (2549). การศึกษาการดำเนินงานขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิยุรัตน์ จามพันธ์. (2549). การเตรียมการด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2535). โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.

วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2528). หนังสือวิศวกรรมสาร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิวรรณกร สวัสดิ์. (2547). การเกิดอุบัติเหตุในสถานประกอบการ. เข้าถึงได้จาก

www.safetylifethailand.com.

แววดาว ทวีชัย. (2543). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิรดี ศรีโอภาส. (2553). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการไถ่ยืมเพื่อป้องกันการ

เสื่อมสมรรถภาพการไถ่ยืมของพนักงานในโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ จังหวัดสระบุรี และระยอง ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อังศุมลีน บัวแก้ว. (2554). การดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผล

ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอำเภอคลอง จังหวัดแพร่. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เอนอชมา วัฒนบูรานนท์. (2548). ความปลอดภัย. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.





ID

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

โครงการวิจัย “การศึกษาและวิเคราะห์อุปสรรคในการใช้ห้องน้ำและห้องส้วมของผู้สูงอายุ”

แบบสอบถามความพึงพอใจ / ไม่พึงพอใจต่อการใช้ที่นั่งในระดับความสูง 5 ระดับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงและในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. เพศ ☐ 1) ชาย ☐ 2) หญิง
2. อายุ ☐ 1) 60 - 64 ปี ☐ 2) 65 - 69 ปี ☐ 3) 70 - 74 ปี ☐ 4) 75 - 79 ปี
☐ 5) 80 ปีขึ้นไป
3. ดัชนีมวลกาย (ดัชนีมวลกาย=น้ำหนัก (กก.)/ส่วนสูง²) น้ำหนักกก.
ส่วนสูง.....ซม.
4. สถานภาพสมรส ☐ 1) โสด ☐ 2) สมรส ☐ 3) หม้าย/หย่าร้าง
5. สถานภาพการอยู่อาศัย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ 1) อยู่คนเดียว ☐ 2) อยู่กับคู่สมรส ☐ 3) อยู่กับบุตรหลาน ☐ 4) อยู่กับญาติ
☐ 5) อื่นๆ ระบุ.....
6. ระดับการศึกษา ☐ 1) ไม่ได้เรียน อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ☐ 2) ระดับประถมศึกษา
☐ 3) ระดับมัธยมศึกษา ☐ 4) ระดับปริญญา หรือสูงกว่า
☐ 5) อื่นๆ ระบุ.....
7. อาชีพ ☐ 1) ข้าราชการบำนาญ/พนักงานของรัฐเกษียณ ☐ 2) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
☐ 3) พนักงานเอกชน/ลูกจ้างเอกชน ☐ 4) รับจ้างทั่วไป
☐ 5) เกษตรกร ☐ 6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ 7) อื่นๆ ระบุ.....

8. กิจกรรมและการเคลื่อนไหวภายในบ้าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 8.1 การรับประทาน ☐1) นั่งกินกับพื้น ☐2) นั่งกินที่โต๊ะอาหาร
☐3) อื่นๆระบุ.....
- 8.2 การจับถ่าย ☐1) ใช้ส้วมนั่งยอง ☐2) ใช้ส้วมชักโครก ☐3) ยืนจับถ่าย
☐4) อื่นๆระบุ.....
- 8.3 การเคลื่อนไหวภายในบ้านและพื้นที่โดยรอบ ☐1) ผ่านทางลาดชันมาก
☐2) พื้นต่างระดับ ☐3) ขึ้นบันได ☐4) อื่นๆ
ระบุ.....
- 8.4 การนอน ☐1) นอนบนพื้น (มีเสื่อ, เบาะ) ☐2) นอนเตียงเตี้ยไป
☐3) นอนเตียงพอดี ☐4) นอนเตียงสูงไป
☐5) อื่นๆระบุ.....

9. โรคประจำตัว

- ☐1) ไม่มี ☐2) มี ให้ระบุทุกโรคของตนเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐2.1) โรคเบาหวาน ☐2.2) โรคความดันโลหิตสูง
☐2.3) โรคไขมันในเลือดสูง ☐2.4) โรคหัวใจ
☐2.5) โรคไต ☐2.6) โรคโลหิตจาง
☐2.7) โรคมะเร็ง ☐2.8) โรคหลอดเลือดสมอง
☐2.9) โรคพาร์กินสัน ☐2.10) โรคกระดูกและข้อ
☐2.11) อื่นๆ ระบุ.....

10. โรคกระดูกและข้อ

- ☐1) ไม่มี ☐2) มี ให้ระบุตำแหน่งที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐2.1) คอ ☐2.2) ข้อไหล่ ☐2.3) ข้อศอก ☐2.4) ข้อมือ
☐2.5) นิ้วมือ ☐2.6) หลัง ☐2.7) ข้อตะโพก
☐2.8) ข้อเข่า ☐2.9) ข้อเท้า ☐2.10) ฝ่าเท้า
☐2.11) อื่นๆระบุ.....

11. การใช้ยา

- ☐1) ไม่ได้ใช้ยา ☐2) ใช้ยา ระบุชื่อยา.....
- ☐2.1) เป็นยาตามแพทย์สั่ง
☐2.2) ซื้อยากินเอง

12. การได้ยินเสียง ปัญหาต่างๆเกี่ยวกับการได้ยิน

- ☐1) ไม่มี ☐2) มี ระบุปัญหาที่เป็น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ☐2.1) หูตึง
- ☐2.2) ประสาทหูเสื่อม
- ☐2.3) หูไม่ได้ยินเป็นครั้งคราว
- ☐2.4) อื่นๆ ระบุ.....

13.การมองเห็น ปัญหาต่างๆเกี่ยวกับการมองเห็น

- ☐1) ไม่มี ☐2) มี ระบุปัญหาที่เป็น
- ☐2.1) ตามัว/มองเห็นไม่ชัด ☐2.2) ตาเป็นต้อ
- ☐2.3) ตาฟาง ☐2.4) ตาบอด
- ☐2.5) สายตาสั้น/สายตายาว/สายตาเอียง
- ☐2.6) อื่นๆ ระบุ.....

14. การเปลี่ยนท่าต่างๆ ปัญหาต่างๆเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่าทาง

- ☐1) ไม่มี ☐2) มี ระบุปัญหาที่เป็น
- ☐2.1) ลูกออกจากเตียงไม่ได้หรือทำได้ยาก
- ☐2.2) ลูกจากที่นั่งและเก้าอี้ไม่ได้หรือทำได้ยาก
- ☐2.3) อื่นๆ ระบุ.....

15. ปัจจุบันท่านต้องรับประทานยาประจำอยู่หรือไม่ (ประจำ คือ รับประทานต่อเนื่อง ติดต่อกันเป็นประจำ ทุกวันหรือเป็นระยะเวลานาน)

- ☐1) ไม่มี ☐2) มี โปรดระบุ.....

17. ปัจจุบันท่านดื่มสุรายาตอง หรือไม่

- ☐1.) ดื่มบ้างเป็นครั้งคราว (น้อยกว่า 1 ครั้ง/อาทิตย์)
- ☐2.) ดื่มเป็นประจำ (ทุกวันหรือใน 1 อาทิตย์จะดื่มอย่างน้อย 1 ครั้ง)
- ☐3.) ไม่ดื่ม

18. สูบบุหรี่ หรือไม่

- ☐1.) ไม่เคย
- ☐2.) เคยสูบแต่เลิกแล้ว
- ☐3.) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่

19. การออกกำลังกาย ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ☐1) ไม่ออกกำลังกาย ☐2) ออกกำลังกาย จำนวน.....
ครั้ง/ สัปดาห์

20. ชนิดของการออกกำลังกายเป็นประจำ

- ☐1) การเดิน ☐2) การวิ่ง ☐3) ปั่นจักรยาน ☐4) แอโรบิค ☐5) การยกน้ำหนัก
☐6) โยคะ ☐7) ว่ายน้ำ ☐8) โทชิ/ชิงก ☐9) ออกกำลังกายทั่วไป
☐10) เล่นกีฬา ☐11) อื่นๆระบุ.....

21. ความถี่ของการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

- ☐1) ไม่ใช้ ☐2) ใช้ตลอดเวลา ☐3) ใช้เป็นครั้งคราว

22. ชนิดของอุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้

- ☐1) ไม่ใช้ ☐2) ไม่เท้า ☐3) สี่ขาช่วยเดิน ☐4) รถเข็น
☐5) อื่นๆระบุ.....

23. การก้มการล้ม

- ☐1) ไม่ก้ม ☐2) ก้มน้อย ☐3) ก้มปานกลาง ☐4) ก้มมาก

24. ประวัติการล้มในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

- ☐24.1) ไม่เคยล้ม ☐24.2) เคยล้ม จำนวนครั้งที่ล้ม.....ครั้ง (หากเคยล้มทำข้อย่อยต่อ)

ช่วง วัน/เดือน/ปี ที่ล้มในตารางสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

24.2.1 สถานที่ล้ม	☐ 1. ภายในบ้าน ☐ 2. รอบตัวบ้าน ☐ 3. ในชุมชน ☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....
24.2.2 สาเหตุการล้ม	☐ 1. กล้ามเนื้อลำตัวและขาอ่อนแรง ☐ 2. สูญเสียการทรงตัว ☐ 3. ความบกพร่องของการรับรู้ลึก ☐ 4. กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการใช้งานมากเกินไป ☐ 5. ปัญหาด้านการมองเห็น ☐ 6. หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม ☐ 7. ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ☐ 8. ดื่มแอลกอฮอล์ ☐ 9. เคลื่อนไหวเร็วเกินไป

24.2.2 สาเหตุการล้มน	☐ 10. ไม่ได้ใส่ใจกับความเคลื่อนไหวขณะนั้น ☐ 11. สวมรองเท้าไม่เหมาะสม (เช่น ส้นสูง หลวม) ☐ 12. ใส่ผ้าถุง กระโปรงหรือกางเกงยาวเกินไป ☐ 13. แสงสว่างไม่เพียงพอ ☐ 14. สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม/ เป็นอันตราย ☐ 15. สะดุดล้ม ☐ 16. พื้นลื่น มีน้ำขัง ☐ 17. อื่นๆ ระบุ.....
24.2.3 การล้มนในขณะที่ ท่านทำกิจกรรมข้อใด	☐ 1. ล้มขณะเปลี่ยนท่าทาง ☐ 4. ล้มขณะวิ่ง ☐ 2. ล้มขณะขึ้น ☐ 5. อื่นๆ ระบุ..... ☐ 3. ล้มขณะเดิน

ผลสืบเนื่องจากการล้มน และการรักษาที่ได้รับ สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

24.2.4 ผลสืบเนื่องทางกาย	☐ 1. ไม่มี ☐ 2. ฟกช้ำ แผลถลอก ☐ 3. กล้ามเนื้อหรือเอ็นฉีกขาด ☐ 4. ข้อหลุด ☐ 5. กระดูกหัก ☐ 6. สลบ ☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....
24.2.5 ผลสืบเนื่องต่อ ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน	☐ 1. ไม่มี ☐ 2. ต้องใช้เวลาอนพักบนเตียงนานขึ้น ☐ 3. มีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชนน้อยลง ☐ 4. ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ☐ 5. ทำงานได้น้อยลง ☐ 6. มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ☐ 7. มีความสามารถในการทำรายได้ลดลง ☐ 8. เสียเวลาในการต้องรับการรักษาทางการแพทย์ ☐ 9. อื่นๆ ระบุ.....

24.2.6 การรักษาที่ได้รับ	☐ 1. ไม่มี ☐ 2. รักษาด้วยตนเอง ☐ 3. รับการรักษาในโรงพยาบาล โดย ☐ 1) พบแพทย์พยาบาลแล้วกลับไปรักษาตัวที่บ้าน โดยไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ☐ 2) ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลระบุจำนวนวันวัน
--------------------------	---

ข้อมูลข้อ 24-26 เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนตัว ก่อนทำการทดลอง

25. ปัญหาที่ท่านพบบ่อยในการใช้เก้าอี้ของท่าน ส่วนใหญ่คือปัญหาอะไร

- ☐ 1) รู้สึกว่าไม่มีที่วางแขนทำให้ไม่สะดวกเวลาลุกขึ้นยืน
- ☐ 2) รู้สึกลำบากในการลุกขึ้นจากเก้าอี้
- ☐ 3) รู้สึกว่าเก้าอี้อยู่ในระดับต่ำเกินไป
- ☐ 4) รู้สึกปวดเมื่อยและนั่งไม่สบาย
- ☐ 5) อื่นๆ ระบุ.....

26. คุณลักษณะใดของเก้าอี้ที่ท่านต้องการมากที่สุด

- ☐ 1) ความสวยงามของเก้าอี้
- ☐ 2) ความสูงของที่นั่งที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- ☐ 3) ความปลอดภัย เช่น ความมั่นคงของเก้าอี้ในขณะที่นั่ง
- ☐ 4) อื่นๆ ระบุ.....

ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1. ลักษณะที่อยู่ปัจจุบันของท่านเป็นอย่างไร

- ☐ 1) บ้านไม้ยกพื้น ☐ 2) บ้านเดี่ยว ☐ 3) บ้านแฝด ☐ 4) ทาวน์เฮ้าส์ ☐ 5) ตึกแถว
- ☐ 6) อื่นๆ (ระบุ).....
- ระบุจำนวนชั้นของบ้าน.....

2. ปัจจุบันท่านพักหรือนอนอยู่ชั้นไหน

- ☐ 1) ชั้นบน ☐ 2) ชั้นล่าง ☐ 3) พักคอนโดหรืออพาร์ทเมนต์
- ☐ 4) ชั้นที่.....

3. ท่านมีปัญหาที่อยู่อาศัยในเรื่องพื้นที่ใช้สอยหรือไม่ (ห้องน้ำ, ห้องนอน, บันได ฯลฯ)

- ☐ 1) ไม่มีปัญหา ☐ 2) มีปัญหา (ระบุ).....

4. ปัจจุบันความถี่ในการใช้บันไดของท่านต่อวันประมาณเท่าใด

- ☐ 1) ไม่ใช้ ☐ 2) 1 – 3 ครั้ง ☐ 3) 4 – 6 ครั้ง
- ☐ 4) มากกว่า 6 ครั้ง

แบบสอบถามเพิ่มเติมข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ภาวะสุขภาพของสูงอายุ

1. ท่านเคยประสบปัญหาการกลืนอาหารหรือปัสสาวะหรือไม่ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

☐ 1) เคย

☐ 2) ไม่เคย

2. ท่านรับประทานผักผลไม้เป็นประจำหรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

3. ท่านดื่มน้ำสะอาดหรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่ ระบุ.....

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

4.2 ท่านควบคุมอาหารหรือไม่ (หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น หวาน มัน เค็ม เปรี้ยว)

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

4.3 เมื่อท่านเกิดโรคหรือเจ็บป่วยท่านได้พบแพทย์หรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 ลักษณะการอยู่อาศัยของสูงอายุ

1. ความเหมาะสมของห้องน้ำในที่พักอาศัย

1.1 ลักษณะพื้นผิวห้องน้ำลื่นหรือไม่ (พื้นผิวเรียบ)

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

1.2 ภายในบริเวณห้องน้ำของท่านมีราวจับใช่หรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

1.3 ท่านใช้ราวจับในบริเวณห้องน้ำของท่านใช่หรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

1.4 ลักษณะโถส้วมที่บ้านของท่านเป็นลักษณะใด (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)

☐ 1) โถส้วมนั่งยอง

☐ 2) โถส้วมชักโครก

1.5 แสงสว่างภายในห้องน้ำของท่านเพียงพอหรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

2. ห้องส้วมภายในที่พักอาศัยของท่านอยู่บริเวณใดของที่พักอาศัยของท่าน

2.1 ห้องส้วมของท่านอยู่ภายในบริเวณตัวบ้านใช่หรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

2.2 ห้องส้วมอยู่ใกล้ห้องนอนของท่านใช่หรือไม่

- ☐ 1) ใช่ ☐ 2) ไม่ใช่

3. ความสูงลูกตั้งของบันไดมีขนาดเท่าใด (เซนติเมตร) ระบุ.....

4. บริเวณที่พักอาศัยของท่านมีราวจับบันไดหรือไม่

- ☐ 1) มี ☐ 2) ไม่มี

5. ราวบันไดภายในที่พักอาศัยของท่านเป็นวัสดุชนิดใด

- ☐ 1) สแตนเลส ☐ 2) เหล็ก
☐ 3) ไม้ ☐ 4) พลาสติก
☐ 5) ยาง ☐ 6) อื่นๆ ระบุ.....

6. ความสูงของราวจับบันได (เซนติเมตร) ระบุ.....

7. จำนวนของราวจับบันได ระบุ.....

8. ความถี่ในการใช้ราวบันไดในที่พักอาศัย

- ☐ 1) ไม่ใช่ ☐ 2) 1-3 ครั้ง
☐ 3) 4-6 ครั้ง ☐ 4) มากกว่า 6 ครั้ง

9. ที่พักอาศัยของท่านมีทางลาดหรือไม่

- ☐ 1) มี ☐ 2) ไม่มี

10. ความถี่ในการใช้ทางลาดบริเวณที่พักอาศัย

- ☐ 1) ไม่ใช่ ☐ 2) 1-3 ครั้ง
☐ 3) 4-6 ครั้ง ☐ 4) มากกว่า 6 ครั้ง

ส่วนที่ 3 อุปกรณ์พุงตัวผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยในการเลือกใช้อุปกรณ์พุงตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1) ราคา
☐ 2) ความแข็งแรง
☐ 3) สภาวะของร่างกายที่ต้องใช้อุปกรณ์ เช่น ไม่เท่า สี่ขา

2. ความถี่ในการใช้อุปกรณ์พุงตัว

- ☐ 1) ใช้ตลอดเวลา
☐ 2) ใช้เมื่อต้องเดินหรือยืนเป็นเวลานาน
☐ 3) ใช้เมื่อออกจากที่พักอาศัย

3. ภายในบริเวณชุมชนของท่านมีอุปกรณ์ออกกำลังกายหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุมีลักษณะใดบ้างดังข้อ 3.1)

- ☐ 1) มี ☐ 2) ไม่มี

3.1 อุปกรณ์ออกกำลังกายบริเวณชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1) อุปกรณ์บริหารแขน-

หัวไหล่-หน้าอก (แบบถ่าง-หุบ
ยกตัว)



☐ 4) อุปกรณ์แกว่งสะโพก-ทรงตัวคู่



☐ 2) อุปกรณ์บริหารแขน-หัวไหล่-
หน้าอก (แบบดันยกตัว)



☐ 5) อุปกรณ์โยกกรรเชียงนกเดี่ยว



☐ 3) อุปกรณ์บริหารแขน-หัวไหล่-
หน้าอก (แบบดึงยกตัว)



☐ 6) อุปกรณ์บิดเอวแบบยืน 3 ที่



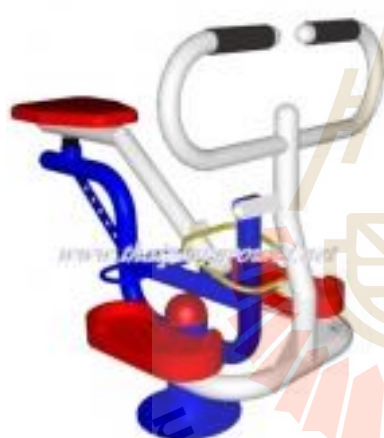
☐ 7) อุปกรณ์เอนปั่นจักรยาน



☐ 10) อุปกรณ์เดินอากาศไร้การกระแทก
เดี่ยว



☐ 8) อุปกรณ์ม้าโยกบริหารแขน-ขา-หน้า
ท้อง



☐ 11) อุปกรณ์ยกน้ำหนัก (แบบนอน)



☐ 12) อุปกรณ์บาร์โหนคู่



☐ 9) อุปกรณ์วิ่งต่างระดับสลับหัวไหล่
(แบบล้อถ่วง)



☐ 13) อื่นๆ โปรดระบุ

4. ท่านเคยใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายภายในบริเวณชุมชนของท่านใช้หรือไม่

☐ 1) ใช่

☐ 2) ไม่ใช่

5. ความเข้าใจในการเลือกใช้อุปกรณ์พรางกายของผู้สูงอายุ

5.1 ไม้เท้า ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการอุปกรณ์ช่วยเสริมความมั่นคงในการเดินสำหรับผู้สูงอายุปกติ หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดในสมองหรือปวดเข่าปวดสะโพก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
5.2 เครื่องช่วยเดินสี่ขา (Walker) ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงในการเดิน เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

5.3 เครื่องช่วยเดินสี่ขาแบบมีล้อติด (Walker) 5.3.1 ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงแขน ทั้ง 2 ข้างไม่สามารถยก walker ได้ หรือการทำงานของแขนไม่สัมพันธ์กัน เช่น ผู้ป่วยพาร์กินสัน ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ 5.3.2 เครื่องช่วยเดินสี่ขาแบบมีล้อเหมาะกับทางเดินแบบใด ☐ 1) ทางราบ ☐ 2) ทางลาดชัน ☐ 3) ทางราบและทางลาดชัน	
---	--

ส่วนที่ 4 ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

(1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมถ้วยไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

- ☐ 0 คะแนน ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้
- ☐ 1 คะแนน ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- ☐ 2 คะแนน ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐ 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- ☐ 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- ☐ 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้

☐ 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐ 3 คะแนน ทำได้เอง

(4) การใช้ห้องน้ำ

☐ 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้

☐ 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

☐ 2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

☐ 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

☐ 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้า

ออกมุมห้องหรือประตูได้

☐ 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้

สนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐ 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

(6) การสวมใส่เสื้อผ้า

☐ 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

☐ 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

☐ 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

☐ 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้

☐ 1 คะแนน ต้องการคนช่วย

☐ 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

(8) การอาบน้ำ

☐ 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

☐ 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

(9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

(10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ☐ 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ

ผลการประเมินคะแนน ADL	
คะแนน	
รวม	
ลำดับที่	

ตารางอ้างอิงผลการประเมิน

ลำดับ	คะแนนรวม ADL (เต็ม) 20 คะแนน	แปลผล
1	0 – 4 คะแนน	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ : very low initial score, total dependence
2	5 - 8 คะแนน	ภาวะพึ่งพารุนแรง : low initial score, severe dependence
3	9 - 11 คะแนน	ภาวะพึ่งพานกลาง : intermediate initial score, moderately severe dependence
4	12 - 20 คะแนน	ไม่เป็นการพึ่งพา : intermediate high, mildly severe dependence, consideration of discharging home

อ้างอิง : แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรมอนามัย

ประวัติผู้เขียน

นายปรีชา พันยา เกิดวันที่ 3 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2518 ที่อยู่ปัจจุบัน 404 หมู่ที่ 4 หมู่บ้านแสงประทีป ตำบลประโคนชัย อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิค (ปวท.) ประเภทวิชาช่างอุตสาหกรรม สาขาวิชาเทคนิค สถาปัตยกรรม จากวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ พ.ศ. 2539 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตร ครุศาสตรบัณฑิต (คบ.) โปรแกรมวิชาอุตสาหกรรมศิลป์ จากสถาบันราชภัฏบุรีรัมย์ พ.ศ. 2542 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ สาขาวิชา เทคโนโลยีอุตสาหกรรมแขนงเทคโนโลยีก่อสร้าง จากสถาบันราชภัฏสุรินทร์ พ.ศ. 2552 และ การทำงาน พ.ศ. 2540-2541 ประกอบธุรกิจส่วนตัว พ.ศ. 2543-ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองช่าง องค์การบริหารส่วนตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

