

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมา

ผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่า มีอายุมากโดยนิยามนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุขำรดทรุดโทรม นอกจากนี้ยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) สำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ผู้สูงอายุ (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

ในสังคมโลกปัจจุบันสถานการณ์ประชากรกำลังเป็นที่ได้รับความสนใจ โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องโครงสร้างประชากรที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2561 เนื่องจากประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลงอย่างมาก จนเหลือเพียงร้อยละ 0.4 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตราประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นด้วยอัตราสูงมากกว่าร้อยละ 6 ต่อปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2559) ส่งผลให้มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือการเข้าสู่สังคม โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทยก็ดำเนินไปเช่นเดียวกับนานาประเทศ กล่าวคือ การดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดีมีอายุยืนยาวขึ้น และมีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น มีความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพตลอดจนการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลสำเร็จดังกล่าวทำให้ภาวการณ์เจริญ

พันธุ์และอัตราการเกิดมีแนวโน้มที่ลดลง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า "ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging)" อันจะมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาพเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว การกำหนดแผนระยะยาวที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา จึงเป็นที่ตระหนักทั้งของรัฐและประชาคมต่างๆ ว่ามีความสำคัญในลำดับต้น

รัฐบาลมีนโยบายให้หน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชนเข้ามาร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545 – 2549) เน้นให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตท่ามกลางผาสุกของครอบครัว เนื่องจากเห็นว่าความอบอุ่นและความเป็นปึกแผ่นในครอบครัวช่วยสร้างความมั่นคงและปลอดภัยให้ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งของรัฐ ที่ได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการกำหนดนโยบายที่จะให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพทั้งทางการรักษา ป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (อรรถราธร สงวนตระกูล, 2553) ซึ่งการให้บริการดังกล่าวเป็นการให้บริการรักษาฟรีแก่ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลอย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่าบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และผู้ดูแลมีข้อจำกัดมากทั้งด้านสุขภาพและสังคม บทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาระยะยาวเป็นเรื่องของครอบครัว (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์และคณะ, 2552) และพบว่าผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและสังคมน้อยกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ส่วนอาสาสมัครที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ อสม. อผส. มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการให้บริการกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) อีกทั้งพบว่าปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งแม้จะพบว่าระบบเครือญาติที่ใกล้ชิดกัน ระบบสังคมและครอบครัวที่ให้คุณค่าเชิงบวกแก่ผู้สูงอายุ เป็นบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขแต่พบว่าในปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จากร้อยละ 28.9 เป็นร้อยละ 31.0 อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 7.5 จากปีพ.ศ. 2546 และพ.ศ.2550 ตามลำดับ

นอกจากนี้ในแต่ละภูมิภาคของประเทศที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อในเรื่องเวรกรรมแต่ประชาชนส่วนหนึ่งของภาคใต้ นับถือศาสนาอิสลาม มีวิถีการดำเนินชีวิตตามคำสอนของศาสนาอิสลาม ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ภายใต้วัฒนธรรมความเชื่อฮีด 12 คอง 14 ที่มีงานประเพณีทำบุญร่วมกันทุกเดือน (บัวพันธ์ พรหมพักพิง, 2546; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) ด้านภาคเหนือ โดยเฉพาะชุมชนในภาคเหนือตอนบนจะมีภาษาถิ่นและ

ดำเนินชีวิตตามแบบวัฒนธรรมของชาวล้านนา มีสังคมเครือญาติแต่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาระของปัญหาโรคเอดส์และเด็กกำพร้า (ศิริภาณี ปันคำ, 2542; สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2552) ส่วนภาคกลาง แม้จะเคยเป็นแหล่งอารยธรรมเก่าแก่ แต่ปัจจุบันชุมชนเผชิญการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและความเป็นเมือง ส่งผลให้ชุมชนมีการปรับตัวอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมากขึ้น และมีผลต่อรูปแบบการอยู่ร่วมกันของครอบครัว

จิตใจและพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ เป็นผลจากการที่ร่างกายต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมสิ่งแวดล้อม ความจริงมนุษย์ต้องปรับตัวในชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลา แต่การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างช้าๆ ทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกตัว แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์อย่างมากมาย ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมักเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์) สรุปได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความชราเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติภายนอก ได้แก่ ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ กล้ามเนื้อเหี่ยว หน้าตาเหี่ยวย่น เคลื่อนไหวได้ช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลียเหนื่อยล้าเร็ว กระดูกเปราะหักง่าย ฟันหัก หมอนรองกระดูกเสื่อม เลนส์ตาเสื่อม สายตายาวมองเห็นไม่ชัดเจน ความสามารถในการได้ยินลดลง เป็นต้น ส่วนระบบต่างๆ ภายในร่างกายนั้น ค่อย ๆ มีการเปลี่ยนแปลงในทุกระบบ เกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง บางครั้งเลือดอาจไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงหลงๆ ลืมๆ จนบางครั้งกลายเป็นจู้จี้ ย้ำคิดย้ำทำ หรือบางรายกลั่นปัสสาวะไม่ได้ เกิดความละอายใจในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม เกิดความหงา เศร้า มีปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด 2) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือนับจากระยะปลดเกษียณจากการทำงานประจำแล้ว การเปลี่ยนแปลงจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนสนิท และวัด อาจทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางลบต่อความสูงอายุ เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์ เป็นการสูญเสียรายได้ สูญเสียอำนาจ บทบาทลดลง 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวดี หรือมีสุขภาพจิตดีก็ปรับตัวได้ จะไม่มีอาการหรือพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้น แต่ถ้าไม่มีการเตรียมตัวที่ดี หรือสุขภาพจิตไม่ดี ก็จะปรับตัวได้ยาก หรือปรับตัวจากสาเหตุต่างๆไม่ได้ เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากปกติ บางครั้งอาจรุนแรงหรือเจ็บป่วยได้

ปัญหาจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง ซึ่งจากรายงานผลการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่าภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 87 อ่อนเพลีย ร้อยละ 22.6 และนอนตื่น

ขึ้นมาไม่สดชื่น ร้อยละ 20.6 ตามลำดับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์) เมื่อเปรียบเทียบในเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมืองมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานและผู้ใกล้ชิดเป็นอย่างมาก ยิ่งสูงวัยมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งต้องการเพิ่มมากขึ้น การได้รับการปรนนิบัติหรือการดูแลเอาใจใส่เป็นดั่งน้ำหล่อเลี้ยงให้ผู้สูงอายุได้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตบั้นปลาย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System: GIS) เป็นวิธีการและเครื่องมือที่นำเอาระบบกราฟฟิกแผนที่ (geographic) มาทำงานร่วมกับระบบฐานข้อมูล (database) ให้กลายเป็นข้อมูลเชิงพื้นที่ (spatial data) ที่สามารถใช้ในการจัดเก็บแก้ไขปรับปรุงสืบค้น จัดการ วิเคราะห์ แสดงผลและรายงานผลข้อมูลเชิงพื้นที่ด้วยระบบคอมพิวเตอร์โดยอาศัยความสัมพันธ์ทางภูมิศาสตร์เป็นตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับข้อมูลอื่นๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการอธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นบนผิวโลก และใช้ในการจัดการทรัพยากรต่างๆ ภายในพื้นที่ เช่น ถนนแหล่งน้ำแหล่งท่องเที่ยวป่าไม้ ประปา ไฟฟ้า ที่อยู่อาศัยประชากร สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ทำให้ผู้ใช้สามารถมองเห็นข้อมูลตามสภาพความเป็นจริงทางภูมิศาสตร์อันจะก่อประโยชน์ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบาย แผนงาน และการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่แท้จริง ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าระบบ GIS ช่วยให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสม ในงานทุกสาขาอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการนำมาใช้ในงานด้านสุขภาพเพื่อวางแผนการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ เช่น ศูนย์ควบคุมโรคของประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ระบบ GIS ในการศึกษาสารพิษที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนและการสนับสนุนทางการเงิน สำหรับประเทศไทยพบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจเชิงนโยบายในการจัดบริการด้านสุขภาพเพื่อชาวชนบทไทยในปี พ.ศ. 2546 คือการนำข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ มาใช้เป็นฐานคิดในการจัดบริการสุขภาพ โดยหลายกรอบการแบ่งพื้นที่ของกระทรวงมหาดไทยและมองผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดบริการและยกฐานะโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีความเหมาะสมในทางภูมิศาสตร์ให้มีแพทย์เฉพาะทางเพื่อการดูแล ผู้ป่วยในโรงพยาบาลและเครือข่ายรอบข้างให้มีคุณภาพมากขึ้น ลดการแออัดในการมาใช้บริการในเมืองใหญ่ซึ่งเน้นภารกิจในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

การพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการสำหรับสังคมไทย ซึ่งที่ผ่านมากรอบดำเนินงานผู้สูงอายุอยู่ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีการพัฒนาปรับปรุงให้สอดคล้องกับสังคมไทย อย่างไรก็ตามพบว่าจากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ในช่วงหลังการดำเนิน 5 ปีพบว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงและเป็นประเด็นท้าทายต่อการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่สำคัญ คือ ความยากจนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัว

และประชากรวัยแรงงาน และภาวะพึ่งพาที่สูงขึ้นและความต้องการการดูแลระยะยาว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2553) ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมามีข้อจำกัดเกี่ยวกับการศึกษาภาวะและผลกระทบของผู้ดูแล รวมทั้งสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีความแตกต่างกันในแต่ละมิติวัฒนธรรมของสังคมไทย ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ของการจัดทำแผนที่ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ เพื่อการแสดงผลข้อมูลสถานการณ์สุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และการสร้างฐานข้อมูลเชิงพื้นที่โครงสร้างพื้นฐาน ฐานข้อมูลเชิงพื้นที่สุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุ พื้นที่ในเขตพื้นที่ศึกษา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อสื่อความหมายถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุรายบุคคล ในการนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการเข้าไปส่งเสริมคุณภาพด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่วิกฤติให้มีคุณภาพชีวิตและจิตใจที่ดีขึ้นในระยะยาวซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืน และเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย รวมทั้งผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวต่อไป

1.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.2.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย 15 ชุมชน ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.2.2 สถานการณ์

1.2.2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุในตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ อันประกอบด้วย จำนวนและสถิติผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ คุณค่าและบทบาท สถานการณ์ทางสังคม และความรู้ภูมิปัญญา เป็นต้น

1.2.2.2 บริบท หมายถึง ข้อมูลด้านภูมินิเวศน์ชุมชน ท้องถิ่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสภาพสมอง ปัจจัยด้านกายภาพ และปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพด้านจิตใจเพื่อการแสดงผลระดับสุขภาพด้านจิตใจของประชากรผู้สูงอายุในตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ (โรคซึมเศร้า) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

1.2.3 คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพชีวิตที่เกิดจากการยอมรับ ความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วยบริบทวิถีวัฒนธรรมอีสานนำไปสู่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางเศรษฐกิจ

1.2.4 คุณภาพด้านจิตใจ หมายถึง แนวทางการส่งเสริมด้านสุขภาพใจโดยพื้นฐานทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ได้แก่ แผนที่สุขภาพด้านจิตใจ

1.2.5 แผนที่สุขภาพด้านจิตใจ หมายถึง แผนที่บนเว็บไซต์ที่แสดงตำแหน่งที่อยู่อาศัยและบ่งบอกระดับความรุนแรงหรือความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ตามพิกัดของที่อยู่อาศัย โดยกำหนดสีลงในพื้นที่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ กำหนดให้มี 4 ระดับสี คือ

1.2.5.1 สีเขียว แสดงถึงตำแหน่งที่พักอาศัยที่มีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพด้านจิตใจดี (ไม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า)

1.2.5.2 สีเหลือง แสดงถึงตำแหน่งที่พักอาศัยที่มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านจิตใจระดับเล็กน้อย (มีความเศร้าเล็กน้อย)

1.2.5.3 สีส้ม แสดงถึงตำแหน่งที่พักอาศัยที่มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านจิตใจระดับปานกลาง (มีความเศร้าปานกลาง)

1.2.5.4 สีแดง แสดงถึงตำแหน่งที่พักอาศัยที่มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านจิตใจระดับรุนแรง (มีความเศรารุนแรง)

1.2.6 ระดับความรุนแรงสุขภาพด้านจิตใจ (โรคซึมเศร้า) หมายถึง ระดับการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้จากการแปลผลโดยการทำแบบทดสอบของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบทดสอบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ

1.2.6.1 ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12 คะแนน

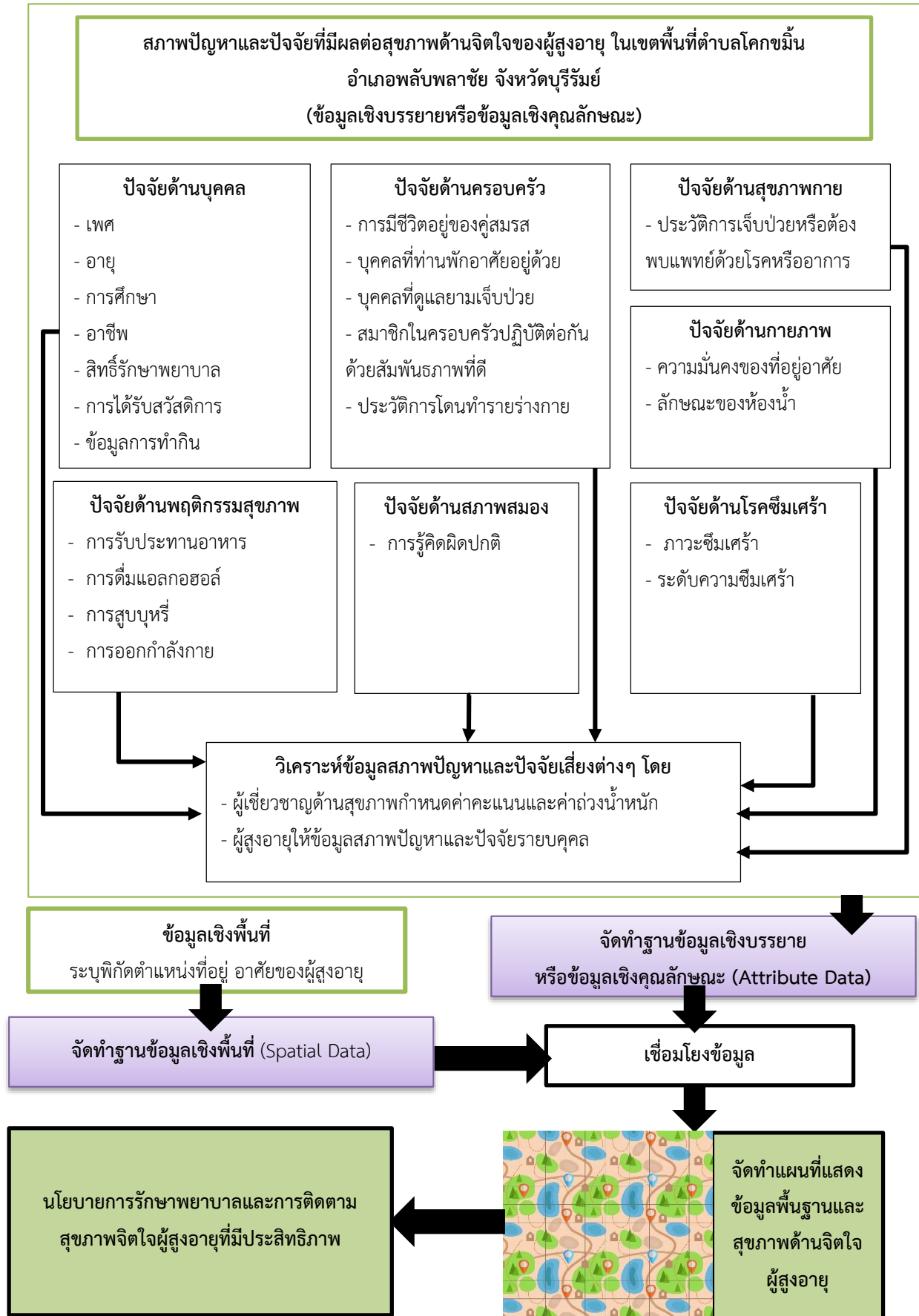
1.2.6.2 ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18 คะแนน

1.2.6.3 ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24 คะแนน

1.2.6.4 ผู้สูงอายุมีความซึมเศรารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30 คะแนน

1.2.7 กระแสสังคมผู้สูงอายุ หมายถึง การตื่นตัวของสังคมที่มีต่อปัญหาผู้สูงอายุจนกลายเป็นพลังที่มีผลต่อการดำเนินงานด้านการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสื่อและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง

1.2.8 การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลที่ครอบคลุมมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน อันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ ซึ่งอาจเป็นการดูแลที่บ้าน หรือในสถานบริการโดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านสังคม และไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ พี่น้อง คนอื่นๆ ที่มีความเชื่อมโยงกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.3 วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

1.3.1 วัตถุประสงค์หลัก

1.3.1.1 เพื่อสร้างชั้นข้อมูลเชิงพื้นที่ที่โครงสร้างพื้นฐานและสุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.1.2 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่ที่โครงสร้างพื้นฐานและสุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.1.3 เพื่อสร้างฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ที่โครงสร้างพื้นฐานและสุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.1.4 เพื่อสร้างแผนที่แสดงถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุรายบุคคล ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2 วัตถุประสงค์รอง

1.3.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.3 เพื่อศึกษาหาตำแหน่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.3.2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางการรักษาและการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.4 ขอบเขต

1.4.1 ขอบเขตเนื้อหา

ศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.4.1.1 ปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สิทธิรักษาพยาบาล การได้รับสวัสดิการ และข้อมูลการทำกิน

1.4.1.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย การมีชีวิตอยู่ของคู่สมรส บุคคลที่ทานพักอาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ดูแลยามเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันด้วยสัมพันธภาพที่ดี และประวัติการโดนทำร้ายร่างกาย

1.4.1.3 ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องพบแพทย์ด้วยโรคหรืออาการ

1.4.1.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย

1.4.1.5 ปัจจัยด้านสภาพสมอง ประกอบด้วย การรู้คิดผิดปกติ

1.4.1.6 ปัจจัยด้านโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า และระดับความซึมเศร้า แบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ

- 1) ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 – 12
- 2) ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13 – 18
- 3) ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19 – 24
- 4) ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25 – 30

1.4.1.7 ปัจจัยทางด้านกายภาพ ประกอบด้วยที่ตั้งของที่อยู่อาศัย และเส้นทางการคมนาคม

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ศึกษาประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1,053 คน และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณของทาโร ยามาเน่ เนื่องจากทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 290 คน จากประชากรผู้สูงอายุทั้ง 15 หมู่บ้าน และมีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ในพื้นที่วิจัย

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่วิจัยครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 15 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านแสลงคง บ้านตาแก โคกขมิ้น บ้านเขว่า บ้านตาพระ บ้านศรีสมบุรณ์ บ้านลำแดง บ้านหนองซอน บ้านพลับ บ้านโคกบัว บ้านโคกขมิ้น บ้านโคกเพชร บ้านทะเมนชัย บ้านพงษ์ศิริ และบ้านหนองอุดม ซึ่งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มีหน่วยงานที่ดูแลและให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลโคกขมิ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกขมิ้น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตาพระ

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นระยะเวลา 1 ปี

1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ทราบถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.2 ทราบถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงและระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ (โรคซึมเศร้า) ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

1.5.3 ได้ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ แผนที่สุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และแผนที่แสดงตำแหน่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้า

ความต่อเนื่องยั่งยืนของโครงการ

1.5.4 นำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการรักษาและแนวทางการป้องกัน ติดตามผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้า ในเขตพื้นที่ตำบลโคกขมิ้น อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์