



ที่ สธ ๐๙๐๒.๐๒/ว ๑๘๒๕

ถึง สำนัก/กอง/ศูนย์/กลุ่ม/สถาบัน ในสังกัดกรมอนามัย

กองการเจ้าหน้าที่ขอส่งสำเนาประกาศกรมอนามัย ลงวันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง การคัดเลือกข้าราชการเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง สำหรับตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ที่มีประสบการณ์ ทักษะ และสมรรถนะ (สายงานพยาบาลวิชาชีพ) ของ นางณิชภา แพทย์เกาะ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๒๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา กรมอนามัย ซึ่งสามารถดูรายละเอียดของประกาศดังกล่าว ได้ที่ <http://person.anamai.moph.go.th>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ จะเป็นพระคุณ



กองการเจ้าหน้าที่

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๔๐๘๗

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๐๘๐

(สำเนา)

ประกาศกรมอนามัย

เรื่อง การคัดเลือกข้าราชการเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อให้ได้รับเงิน
ประจำตำแหน่ง สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ที่มีประสบการณ์ ทักษะ และสมรรถนะ (สายงานพยาบาลวิชาชีพ)

ด้วยกรมอนามัยได้คัดเลือกข้าราชการเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง
สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ที่มีประสบการณ์ ทักษะ และสมรรถนะ (สายงานพยาบาลวิชาชีพ)
ราย นางนิชภา แพทย์เกาะ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๒๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ ๕ นครราชสีมา กรมอนามัย จำนวน ๑ ราย ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖ / ว ๑๘ ลงวันที่
๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑ พร้อมด้วยชื่อผลงาน ค่าครองชีพ และสัดส่วนของผลงาน ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ

หากมีผู้ต้องการทักท้วง ให้ทักท้วงภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ ถ้าพบว่าข้อเท็จจริงมีมูล
ให้คณะกรรมการคัดเลือกบุคคลรายงานอธิบดีกรมอนามัย เพื่อดำเนินการตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๐๗๐๗.๓ / ว ๕
ลงวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๒ แต่ถ้าตรวจสอบแล้ว มีหลักฐานว่าข้อทักท้วงนั้นเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริต
ให้รายงานอธิบดีกรมอนามัยดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วงนั้น เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(ลงชื่อ) อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์

(นายอรรถพล แก้วสัมฤทธิ์)

รองอธิบดีกรมอนามัย รักษาราชการแทน

อธิบดีกรมอนามัย

สำเนาถูกต้อง

อ. วิภาวี

(นางวิภาวี เสมวงศ์)

นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

กรมอนามัย

๙ มีนาคม ๒๕๖๐

บัญชีรายละเอียดการคัดเลือกข้าราชการเข้ารับการศึกษาประเมินผลงานเพื่อให้ได้รับเงินประจำตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ ที่มีประสบการณ์ ทักษะ และสมรรถนะ (สายงานพยาบาลวิชาชีพ) แขนงทัยประกาศกรมอนามัย ลงวันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ลำดับ ที่	ชื่อ/ตำแหน่ง/ส่วนราชการ	ประเมินเพื่อให้ได้รับเงิน ประจำตำแหน่ง	ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เรื่อง	สัดส่วน ของ ผลงาน	ข้อเสนอแนวคิดฯ เรื่อง	หมายเหตุ
๑	นางณิชาภา แพทย์เกาะ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๒๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ นครราชสีมา กรมอนามัย	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ ๒๑๒๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ นครราชสีมา กรมอนามัย	การศึกษากวาระสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มารับ บริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๕ นครราชสีมา ผู้ร่วมจัดทำผลงาน นางกิตติภรณ์ บาลโพธิ์ นางวาริษา โตแทนสมบัติ ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ธันวาคม ๒๕๕๙	๘๐% ๑๐% ๑๐%	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มา รับบริการตรวจสุขภาพ <i>Person PR</i> <i>สุวิภา</i> ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๐ - กันยายน ๒๕๖๑	

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559
3. สัดส่วนของผลงานในส่วนตัวนเองปฏิบัติ 80 %
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน (ถ้ามี)
 1. นางกิตติภรณ์ บาลโพธิ์ 10%
 2. นางวาริษา โตแทนสมบัติ 10%
5. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ ประกอบด้วย

5.1 บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพทางกายและความเครียด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความเครียด ของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จำนวน 446 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มบันทึกผลการตรวจสุขภาพและแบบรวบรวมความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไควสแคว์

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 446 คน แยกเป็นชายจำนวน 190 (42.6%) หญิง จำนวน 256 (57.4%) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 66.1 มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 51.0 ความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 46.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.2 ภาวะความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (0-4) ร้อยละ 83.0 รองลงมา กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (5-7) เครียดมาก (8-9) และ เครียดมากที่สุด (10-15) ร้อยละ 14.1 2.1 และ 0.2 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอล ระดับ HDL-Cholesterol ระดับ LDL-Cholesterol ระดับไตรกลีเซอไรด์ SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) และ SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase)

ความเครียดเกิดจากหลายสาเหตุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย เนื่องจากความเสื่อมโทรมของวัยผู้สูงอายุ การจะลดภาวะความเครียดผู้สูงอายุอาจจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมกันๆ การออกกำลังกายเบาๆ เป็นประจำ การทำงานอดิเรก การจัดเวลาที่เหมาะสม การพักผ่อน มีที่ปรึกษาพร้อมกับยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจะช่วยลดภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

หลักการและเหตุผล

ในปี 2557 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 68 ล้านคน โดยเป็นประชากรสัญชาติ ไทยและไม่ใช่สัญชาติไทยแต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร 65 ล้านคน และประชากรที่ไม่ใช่ สัญชาติไทยและไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานย้ายถิ่นจากประเทศ เพื่อนบ้านอีกประมาณ 3 ล้านคน ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนรวมของประชากรไทยค่อนข้างจะคงตัวแล้ว คือเพิ่ม ขึ้นด้วยอัตราที่ต่ำมาก ปี 2557 อัตราเพิ่มประชากรอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.5 ต่อปี และมี แนวโน้มว่าจะลดต่ำไปอีก จนถึงขั้นที่ประเทศไทยจะมี อัตราเพิ่มประชากรติดลบในอีกราว 10 ปีข้างหน้า ในขณะที่จำนวนประชากรไทยใกล้จะถึงจุดอิ่มตัวแล้ว โครงสร้างอายุของประชากรกลับ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประชากรไทยจากที่เคยเยาว์วัยในอดีตได้ กลายเป็นประชากร สูงวัยในปัจจุบัน ในปี 2557 ประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด การสูงวัยของประชากรเป็นประเด็นท้าทายต่อการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในปี 2557 ประเทศไทยมีคนวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 4.3 คนต่อผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) หนึ่งคน ในอนาคต อีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีคนในวัยแรงงานเพียง 2 คนต่อผู้สูงอายุ หนึ่งคนเท่านั้น ทุกวันนี้ คนทั่วไปได้รับรู้และตระหนักแล้วว่าประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยไปแล้ว แต่สิ่งที่หลายคนโดยเฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนและนโยบายอาจคาดไม่ถึงคือ ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มา ตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร ทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่าง สมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 7 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะ เป็น สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดความเร็วของการสูงวัยของประชากรไทยเป็นผลมาจากการที่กลุ่มประชากรที่เกิด มากและ ตายน้อยภายหลังสิ้นสงครามโลกครั้งที่สอง โดยเฉพาะ “ประชากรรุ่นเกิดล้าน” (เกิด ปี 2506-2526) กำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ในปี 2557 ประชากรรุ่นเกิดล้านมีอายุ 31-51 ปี และกำลังมีอายุสูงขึ้นเรื่อยๆจน จะกลายเป็นผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในอีกสิบกว่าปีข้างหน้า

ผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาองค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆกันไป โดยทั่วไปจะมีการปรับระดับจิตใจ ในทางที่ตึงมากมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าจึงพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีความสุขมากขึ้นด้วย ผู้สูงอายุมีลักษณะของโครงสร้างทางจิตใจเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งจะเป็นรากฐานของการแสดงออกของคน แต่ลักษณะการแสดงออกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆร่วมด้วยได้แก่ บุคลิกภาพเดิมการศึกษา ประสบการณ์ สภาพ สังคมในวัยเด็กอย่างไรก็มักพบบ่อยๆว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจซึ่งเป็นการปรับตัวเชิงลบ และการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน แบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านสังคม และทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต มักพบเสมอว่า ปัญหาที่รบกวนจิตใจผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักเป็นเรื่องสัมพันธ์ภาพในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยเฉพาะคนใน ครอบครัว และสิ่งที่ผู้สูงอายุไวต่อความรู้สึกมากที่สุดคือการเสียหน้า การเสียคุณค่าและการ เสียความเคารพจากผู้อื่น ส่วนปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ เรื่อง ความเครียดวิตกกังวลเหงา/ว่าเหวजूข้ข้บน กลัวการถูกทอดทิ้งรู้สึกว่าคุณเอง

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

ไม่มีคุณค่า นอนไม่หลับ ความเครียด เป็นสภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัว เพื่อเตรียมพร้อมในการรับมือต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆใน สิ่งแวดล้อม ที่บีบคั้น กดดัน ความไม่พอใจ ความทุกข์ความไม่สบายใจหรือความไม่พอใจ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมามุ่งเน้นเป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุ จาก ปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวน 590 คน เพื่อทราบข้อมูล พื้นฐานที่จะนำไปสู่การวางแผนการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนี้สนใจที่จะศึกษา ภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างเดือน ตุลาคม 2558- กันยายน 2559 โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี
2. ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับบริการอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 จำนวน 446 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติดังนี้

1. เลือกจากเวชระเบียนที่มีความสมบูรณ์ โดยพิจารณาจากการบันทึกข้อมูลครบ
2. มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีตามโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับคนที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) จากแฟ้มประวัติของของ ผู้รับบริการอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้รับบริการอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 จำนวน 590 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยรวบรวมจากจากทะเบียนประวัติผู้มารับบริการอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจสุขภาพประจำปีตามโปรแกรมตรวจสุขภาพสำหรับคนที่อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกสุขภาพเพศชาย/เพศหญิง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ความดันโลหิต BMI ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ และผลการตรวจสุขภาพ
2. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (ST 5) จำนวน 5 ข้อคำถาม

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาเอกสาร ทบทวนข้อมูลและวารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกสุขภาพเพศชาย/เพศหญิง และจากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (ST 5)
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลเชิงพรรณนา
4. สรุปผลและเขียนรายงานการวิจัย
5. เผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการแก่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจสุขภาพและความเครียดโดยใช้ ไคว สแควร์

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

การศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ส่วนที่ 3 ผลการตรวจสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ผลการประเมินความเครียด

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างผลการตรวจสุขภาพและความเครียด

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

9.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 446 คน แยกเป็นชายจำนวน 190 คิดเป็นร้อยละ 42.6 หญิง จำนวน 256 คิดเป็นร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 66.1 พิจารณาช่วงอายุแยกเพศชายหญิง พบว่าเพศชายส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 70.5 เพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 62.9 วิเคราะห์หาค่าดัชนีมวลกาย 5 ระดับ ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (BMI=23.5-28.4 kg/m²) ร้อยละ 51.0 ทั้งนี้แยกเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (23.5-28.4 kg/m²) มากที่สุด ร้อยละ 56.8 ส่วนเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (23.5-28.4 kg/m²) มากที่สุด เช่นกัน คิดเป็น ร้อยละ 46.9 ด้านการวัดความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติและความดันโลหิตผิดปกติใกล้เคียงกัน คือ มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (<130/85 มม.ปรอท) ร้อยละ 53.6 ความดันโลหิตผิดปกติ (≥ 130/85 มม.ปรอท) ร้อยละ 46.4 เปรียบเทียบระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า เพศชายมีความดันโลหิตผิดปกติมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 49.5 เพศหญิงมีความดันผิดปกติ ร้อยละ 44.1 ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 157 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.2 มีโรคประจำตัว แยกเป็นชาย จำนวน 63 คน ร้อยละ 33.2 เพศหญิง จำนวน 94 คน ร้อยละ 36.7 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตและโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
เพศ	190 (42.6)	256 (57.4)	446 (100.0)
อายุ			
61-70 ปี	21 (11.1)	35 (13.7)	56 (12.6)
71-80 ปี	134 (70.5)	161 (62.9)	295 (66.1)
81-90 ปี	30 (15.8)	47 (18.4)	77 (17.3)
มากกว่า 90	5 (2.6)	13 (5.1)	18 (4.0)
Mean= 66.57 , Min-Max=60-93, S.D. = 6.3			

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน			
ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ อายุ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตและโรคประจำตัว			
ข้อมูลส่วนบุคคล	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI)			
ผอม (<18.5-23.4 kg/m ²)	5 (2.7)	10 (3.9)	15 (3.4)
น้ำหนักปกติ (18.5-23.4 kg/m ²)	55 (29.7)	79 (31.1)	134 (30.5)
น้ำหนักเกิน (23.5-28.4 kg/m ²)	105 (56.8)	119 (46.9)	224 (51.0)
โรคอ้วน (28.5-34.9 kg/m ²)	16 (8.6)	42 (16.5)	58 (13.2)
อ้วนมาก (35.0-39.9 kg/m ²)	4 (2.2)	4 (1.6)	8 (1.8)
อ้วนมากที่สุด (> 40.0 kg/m ²)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mean= 24.9 , Min-Max=16.2-38.9, S.D. = 3.7			
ความดันโลหิต			
ปกติ(< 130/85 มม.ปรอท)	96 (50.5)	143 (55.9)	239 (53.6)
ผิดปกติ (≥ 130/85 มม.ปรอท)	94 (49.5)	113 (44.1)	207 (46.4)
โรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	63 (33.2)	94 (36.7)	157 (35.2)
ไม่มีโรคประจำตัว	127 (66.8)	162 (63.3)	289 (64.8)
9.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา			
<p>พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.7 ไม่สูบบุหรี่ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14.3 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยแยกเป็นเพศชาย จำนวน 58 คน ร้อยละ 30.5 เพศหญิง จำนวน 6 คน ร้อยละ 2.3 ด้านพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 77.1 ไม่ดื่มสุรา มีเพียงร้อยละ 22.9 มีพฤติกรรมการดื่มสุรา แยกเป็นเพศชาย จำนวน 88 คน ร้อยละ 46.3 เพศหญิง จำนวน 14 คน ร้อยละ 5.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2</p>			

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

พฤติกรรม	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	132 (69.5)	250 (97.7)	382 (85.7)
สูบ	58 (30.5)	6 (2.3)	64 (14.3)
การดื่มสุรา			
ดื่ม	88 (46.3)	14 (5.5)	102 (22.9)
ไม่ดื่ม	102 (53.7)	242 (94.5)	344 (77.1)

9.3 ผลการตรวจทางเคมีของเลือด

ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 65.5 แยกเป็นเพศชาย จำนวน 112 คน ร้อยละ 58.9 เพศหญิง จำนวน 180 คน ร้อยละ 70.3 และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 16.4 เป็นโรคเบาหวาน แยกเป็นชาย ร้อยละ 20.0 เพศหญิง ร้อยละ 17.0 และอีกร้อยละ 18.2 สงสัยว่าจะเป็นเบาหวาน แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 21.1 เพศหญิง ร้อยละ 16.0 ระดับโคเลสเตอรอล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับโคเลสเตอรอลในเกณฑ์ปกติ (≤ 200 มก./ดล.) ร้อยละ 36.8 ที่มีระดับโคเลสเตอรอลผิดปกติ (≤ 200 มก./ดล.) ร้อยละ 63.2 โดยแยกเป็นเพศชาย จำนวน 104 คน ร้อยละ 54.7 เพศหญิง จำนวน 178 คน ร้อยละ 69.5 ด้านระดับ HDL-Cholesterol พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.7 มีระดับ HDL-Cholesterol ในระดับปกติ (ชาย ≥ 40 มก./ดล. หญิง ≥ 50 มก./ดล.) ร้อยละ 17.3 มีระดับ HDL-Cholesterol ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (< 40 มก./ดล. หญิง < 50 มก./ดล.) แยกเป็นเพศชาย จำนวน 26 คน ร้อยละ 13.7 เพศหญิง จำนวน 51 คน ร้อยละ 19.9 ระดับ LDL-Cholesterol พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับ LDL-Cholesterol ปกติ (≤ 140 มก./ดล.) ร้อยละ 59.2 มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.8 มีระดับ LDL-Cholesterol เกินเกณฑ์มาตรฐาน (> 140 มก./ดล.) โดยแยกเป็นเพศชาย จำนวน 73 คน ร้อยละ 38.4 เพศหญิง จำนวน 109 คน ร้อยละ 42.6 ส่วนการตรวจวัดระดับไตรกลีเซอไรด์ พบว่า โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในระดับปกติ (< 150 มก./ดล.) ร้อยละ 71.3 ร้อยละ 28.7 ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ (≥ 150 มก./ดล.) แยกเป็นเพศชาย จำนวน 60 คน ร้อยละ 31.6 เพศหญิง จำนวน 68 คน ร้อยละ 26.6

ด้านผลการตรวจการทำงานของไต โดยการตรวจ SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase) ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับ SGOT ในระดับระดับ SGOT (> 40 IU/L) แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 6.8 เพศหญิง ร้อยละ 4.3 ส่วนผลการตรวจ SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase) กลุ่มตัวอย่างมีระดับ SGPT ในระดับปกติ (≤ 34 IU/L) เป็นส่วน

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

ใหญ่ ร้อยละ 88.6 มีเพียงร้อยละ 11.4 ที่มีความผิดปกติของระดับ SGPT(> 34 IU/L) แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 15.8 เพศหญิง ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ปกติ (≤ 40 IU/L) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.6 มีเพียงร้อยละ 5.4 ที่มีความผิดปกติของ

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางเคมีในเลือด

ผลการตรวจ	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ระดับน้ำตาลในเลือด			
ปกติ (<109 มก./ดล.)	112 (58.9)	180 (70.3)	292 (65.5)
สงสัยเบาหวาน (110 - 125 มก./ดล.)	40 (21.1)	41 (16.0)	81 (18.2)
เบาหวาน (≥ 126 มก./ดล.)	38 (20.0)	35 (13.7)	73 (16.4)
Mean= 111.7 , Min-Max=73-378, S.D. =30.4			
ระดับโคเลสเตอรอล			
ปกติ (≤ 200 มก./ดล.)	86 (45.3)	78 (30.5)	190 (36.8)
ผิดปกติ (>200 มก./ดล.)	104 (54.7)	178 (69.5)	282 (63.2)
Mean = 217.4, Min-Max = 102-415, S.D. = 46.4			
ระดับ HDL-Cholesterol			
ปกติ (ชาย ≥ 40 มก./ดล. หญิง ≥ 50 มก./ดล.)	164 (86.3)	205 (80.1)	369 (82.7)
ผิดปกติ (< 40 มก./ดล. หญิง < 50 มก./ดล.)	26 (13.7)	51 (19.9)	77 (17.3)
Mean = 59.3, Min-Max = 20-117, S.D. = 16.2			
ระดับ LDL-Cholesterol			
ปกติ (≤ 140 มก./ดล.)	117 (61.6)	147 (57.4)	264 (59.2)
ผิดปกติ (>140 มก./ดล.)	73 (38.4)	109 (42.6)	182 (40.8)
Mean = 133.4, Min-Max = 38-285, S.D. = 42.7			
ระดับไตรกลีเซอไรด์			
ปกติ (< 150 มก./ดล.)	130 (68.4)	188 (73.4)	318 (71.3)
ผิดปกติ (≥ 150 มก./ดล.)	60 (31.6)	68 (26.6)	128 (28.7)
Mean = 129.7, Min-Max = 26-473, S.D. = 66.5			

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางเคมีในเลือด (ต่อ)

ผลการตรวจ	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase)			
ปกติ (≤ 40 IU/L)	177 (93.2)	245 (95.7)	422 (94.6)
ผิดปกติ (> 40 IU/L)	13 (6.8)	11 (4.3)	24 (5.4)
Mean= 23.8 , Min-Max=11-91, S.D. =9.5			
SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase)			
ปกติ (≤ 34 IU/L)	160 (84.2)	235 (91.8)	395 (88.6)
ผิดปกติ (> 34 IU/L)	30 (15.8)	21 (8.2)	51 (11.4)
Mean = 20.1, Min-Max = 2-82, S.D. = 12.9			

9.4 ภาวะความเครียด

ภาวะความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (0-4) ร้อยละ 83.0 รองลงมาในกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (5-7) เครียดมาก (8-9) และ เครียดมากที่สุด (10-15) ร้อยละ 14.1 2.1 และ 0.2 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจภาวะความเครียด

ระดับความเครียด	ชาย (n=190)	หญิง (n=256)	รวม (n=446)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
เครียดน้อย (0-4)	162 (85.3)	208 (81.3)	370 (83.0)
เครียดปานกลาง (5-7)	23 (12.1)	40 (15.6)	63 (14.1)
เครียดมาก (8-9)	4 (2.1)	8 (3.1)	12 (2.7)
เครียดมากที่สุด (10-15)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.2)

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

9.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างผลการตรวจสุขภาพและความเครียด

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงผลการตรวจเลือดทุกรายการ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอล ระดับ HDL-Cholesterol ระดับ LDL-Cholesterol ระดับไตรกลีเซอไรด์ SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) และ SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase) มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างผลการตรวจสุขภาพและความเครียด

ผลการตรวจ	ระดับความเครียด				P-Value
	น้อย n(%)	ปานกลาง n(%)	มาก n(%)	มากที่สุด n(%)	
ระดับน้ำตาลในเลือด					
ปกติ (<109 มก./ดล.)	241 (65.1)	41 (65.1)	9 (75.0)	1 (100.0)	0.728
สงสัยเบาหวาน (110 - 125 มก./ดล.)	65 (17.6)	13 (20.6)	3 (25.0)	0(0.0)	
เบาหวาน (\geq 126 มก./ดล.)	64(17.3)	9 (14.3)	0(0.0)	0(0.0)	
ระดับโคเลสเตอรอล					
ปกติ (\leq 200 มก./ดล.)	140 (37.8)	18(28.6)	6 (50.0)	0 (0.0)	0.322
ผิดปกติ (>200 มก./ดล.)	230(62.2)	45(71.4)	6 (50.0)	1 (100.0)	
ระดับ HDL-Cholesterol					
ปกติ (ชาย \geq 40 มก./ดล. หญิง \geq 50 มก./ดล.)	305(82.4)	52 (825.5)	11 (97.7)	1 (100.0)	0.824
ผิดปกติ (< 40 มก./ดล. หญิง < 50 มก./ดล.)	65 (17.6)	11 (17.5)	1 (8.3)	0 (0.0)	
ระดับ LDL-Cholesterol					
ปกติ (\leq 140 มก./ดล.)	223 (60.3)	32(50.8)	8(66.7)	1(100.0)	0.394
ผิดปกติ (>140 มก./ดล.)	147 (39.7)	31(49.2)	4(33.3)	0(0.0)	
ระดับไตรกลีเซอไรด์					
ปกติ (< 150 มก./ดล.)	271(732.2)	37 (58.7)	9 (75.0)	1(100.0)	0.110
ผิดปกติ (\geq 150 มก./ดล.)	99 (26.8)	26 (41.3)	3(25.0)	0(0.0)	

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างผลการตรวจสุขภาพและความเครียด

ผลการตรวจ	ระดับความเครียด				P-Value
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase)					
ปกติ (≤ 40 IU/L)	350 (94.6)	59(93.7)	12(100.0)	1(100.0)	0.836
ผิดปกติ (> 40 IU/L)	20(5.4)	4(6.3)	0(0.0)	0(0.0)	
SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase)					
ปกติ (≤ 34 IU/L)	330(89.2)	53(84.1)	11(91.7)	1(100.0)	0.657
ผิดปกติ (> 34 IU/L)	40(10.8)	10(15.9)	1(8.3)	0(0.0)	

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 446 คน แยกเป็นชายจำนวน 190 (42.6%) หญิง จำนวน 256 (57.4%) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 66.1 มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 51.0 ความดันโลหิตผิดปกติ ร้อยละ 46.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.2 ภาวะความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (0-4) ร้อยละ 83.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง (5-7) เครียดมาก (8-9) และ เครียดมากที่สุด (10-15) ร้อยละ 14.1 2.1 และ 0.2 ตามลำดับ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอล ระดับ HDL-Cholesterol ระดับ LDL-Cholesterol ระดับไตรกลีเซอไรด์ SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) และ SGPT (Serum Glutamic Pyruvic Transaminase)

ความเครียดเกิดจากหลายสาเหตุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย เนื่องจากความเสื่อมโทรมของวัยผู้สูงอายุ การจะลดภาวะความเครียดผู้สูงอายุจะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมกันๆ การออกกำลังกายเบาๆ เป็นประจำ การทำงานอดิเรก การจัดเวลาที่เหมาะสม การพักผ่อน มีที่ปรึกษาพร้อมทั้งยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจะช่วยลดภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

5.2 การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงการปฏิบัติงาน การให้บริการแก่ผู้รับบริการในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ
2. เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข

5.3 ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

1. การลงบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการลงไม่ครบถ้วน ทำให้ขาดข้อมูลที่สำคัญบางประเด็นไป
2. การลงผลการประเมินสุขภาพจิตไม่ครบถ้วนในบางราย

5.4 ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

1. กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาใหญ่เกินไป ควรมีการเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่เล็กมากขึ้น
2. ควรศึกษาในภาพรวมของจังหวัดเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่

5.5 การเผยแพร่

1. ห้องสมุดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
2. วารสารวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
3. นำเสนอผลงานในเวทีวิชาการ
4. เผยแพร่ใน Internet ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ณิชาภา แพทย์เกาะ.....(ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(นางณิชาภา แพทย์เกาะ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....๒๔ / ๘ .๑ / ๒๕๖๐.....

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. ชื่อผลงานเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561
3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

ในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องและเคารพนับถือจากผู้ที่อ่อนวัยกว่า อันเป็นประเพณีที่ยึดถือกันมานาน แต่ในปัจจุบันวัฒนธรรมตะวันตกได้แผ่ขยายเข้ามามาก ชีวิตความเป็นอยู่ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหลาย ๆ ประการ เช่น จากเดิมที่เป็นครอบครัวขยาย มีปู่ย่าตายายอาศัยอยู่รวมกันกลับกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีเฉพาะพ่อแม่และลูกเท่านั้น ทำให้ในแต่ละครอบครัว อาจจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจขาดประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดช่องว่างระหว่าง ผู้สูงอายุกับผู้ที่ย่อวัยกว่า ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการเคารพนับถือเหมือนในอดีตที่ผ่านมา (ประไพ ยศะทัตต์, นิตยสารหมอชาวบ้าน, เมษายน, 2551 : เล่มที่ 108) การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัยนี้ปัจจัยหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนที่สำคัญคือ การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะในร่างกายเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เมื่อภาวะสุขภาพกายที่ไม่ดี ก็จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงเนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติได้ด้วยตัวเองเพียงลำพัง ก็ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงสภาพและบทบาททางสังคม ทำให้ส่งผลกระทบต่อการคบหาสมาคมกับผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมไทยจากลักษณะของครอบครัวขยายซึ่งอยู่ใกล้ชิดในหมู่ญาติพี่น้อง มีโอกาสพูดคุยกับลูกหลานตลอดเวลา กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีลูกหลานอยู่ด้วยแต่ต้องทำงานมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาได้

3.2 บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

คนทั่วไปได้รับรู้และตระหนักแล้วว่าประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยไปแล้ว แต่สิ่งที่หลายคนโดยเฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนและนโยบายอาจคาดไม่ถึงคือ ประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มา ตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร ทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 7 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะเป็ นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมี สัดส่วนสูงขึ้น ในปี 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 6 และอยู่ตามลำพังกับคู่ สมรสร้อยละ 16 ในปี 2557 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวได้เพิ่มขึ้นเป็นเกือบ ร้อยละ 9 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สูงเป็นอันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 57.8) รองลงมาได้แก่ ปัญหาด้าน การได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 23.8) การมองเห็น (ร้อยละ 19.2) การเรียนรู้ (ร้อยละ 3.7) ด้านจิตใจหรือพฤติกรรม (ร้อยละ 2.6) และสติปัญญา (ร้อยละ 2.2) ผู้สูงอายุจะมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็นและการได้ยินเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น

ตอนที่ 3 ผลงานที่ส่งประเมิน

การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพนั้นสามารถลดอัตราการเกิดโรคต่างๆ ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สังคมไทยในปัจจุบันเป็นสิ่งคนผู้สูงอายุ และมีความจำเป็น ต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยเฉพาะ อย่างยิ่งโรคซึมเศร้า พบว่ามีทุกช่วงชีวิตได้ตั้งแต่ร้อยละ 5-17 (เฉลี่ยร้อยละ 12) มีข้อมูลจากการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งประสบกับปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต ตั้งแต่การเป็น Mind Depression หรือ Mind Anxiety ไปจนกระทั่งถึงระดับ Severe เช่น Schizophrenia, Psychoses ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะถึงวัยสูงอายุ ทางเรื่องสุขภาพกายและ สุขภาพจิต โดยสิ่งที่ควร จะตระเตรียมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ จากข้อมูลข้างต้นสามารถประมวลผลในภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตของผู้ สูงอายุได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและควรจะได้รับความรู้ในเรื่องของสุขภาพทั้งสุขภาพกายและ สุขภาพจิต โดยเฉพาะในส่วนของสุขภาพจิตแล้วนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าควรจะมีการให้ความรู้กับการส่งเสริม สุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์อนามัยที่ 9 เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกของผู้สูงอายุระดับบุคคล ให้เห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดความรักความอบอุ่น ความสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน มองเห็นคุณค่าในตนเองและยังช่วยให้ผู้สูงอายุ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในบั้นปลายชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จะก่ อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุได้

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้สูงอายุมีภาวะเครียดในระดับน้อย มากกว่าหรือเท่ากับ 95
2. ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าร้อยละ 5
3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ณิชาภา แพทยเกาะ*.....(ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(นางณิชาภา แพทยเกาะ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....*21*...../*๗*...../*๒๕๖๐*.....