

สุขภาพ ความคาดหวัง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย

รติพร ถึงฝั่ง^{a,✉} สนิท สมัครการ^b

^aอาจารย์ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

^bศาสตราจารย์ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

✉ratipon.tungfung@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพและความคาดหวังในชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมจากครัวเรือนตัวอย่างใน 13 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 5,600 ครัวเรือน ด้วยวิธีการสำรวจแบบ Panel and longitudinal ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นปีฐานของการสำรวจ ผลการศึกษาพบว่าสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มากกว่าครึ่งมีความคาดหวังในทางที่ดี คือมีโอกาสมากกว่าร้อยละ 50 ที่จะมีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก 10-15 ปี สำหรับความพึงพอใจในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 90 มีความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตในระดับมากกว่าร้อยละ 50 เช่นเดียวกัน ปัญหาทางสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาการกลืนปัสสาวะ/การมีปัสสาวะเล็ด และตัวอย่างมากกว่าครึ่งยังละเลยการออกกำลังกาย ดังนั้นจึงควรจะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น การแกว่งแขน การเดินออกกำลังกาย โดยผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

คำสำคัญ: สุขภาพ ความคาดหวัง ความพึงพอใจในชีวิต ผู้สูงอายุไทย

Health Expectations and Satisfaction in Life Among the Thai aging Population

Ratiporn Teungfung^{a,✉} Sanit Samakarn^b

^aLecturer, School of Social Development and Environment

^bProfessor, School of Social Development and Environment

National Institute of Development Administration

ratipon.tungfung@gmail.com

Abstract

This research aims to study the health expectations in the life of the Thai aging population by using data from a base-line panel and a longitudinal survey of 5,600 sample households in 13 provinces in every region of Thailand in 2015. The study found that the status of the physical and mental health among the Thai aging was good. Regarding those between the ages of 60-74 years, more than half had positive expectations and felt that they had more than a 50 percent probability of living longer than 10-15 years. Regarding life satisfaction, the results revealed that over 90 percent of this population were satisfied with the quality of their life more than 50 percent as well. The most common physical health problem found was urine incontinence. It was also found that the majority of the respondents neglected doing exercise. Therefore, they should be encouraged to increase more appropriate exercises according to their age, for example the swing arm exercises and walking with an emphasis on family and community participation.

Keywords: Health, Expectation, Satisfaction in Life, Thai Aging

บทนำ

การพัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์ตลอดช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวกว่าในอดีต จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 และหญิง 5,499,890 คน หรือคิดเป็นชาย ร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งตามนิยามขององค์การสหประชาชาติที่ได้กำหนดไว้ว่า “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกันในอัตราเท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) ดังนั้นในขณะนี้ประเทศไทยจึงเป็นสังคมผู้สูงอายุ

จากโครงสร้างทางอายุของประชากรไทยในลักษณะนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความสนใจต่อประชากรสูงอายุ ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ โดยเฉพาะในด้านคุณภาพ ผู้สูงอายุสามารถกลับมาเป็นกำลังแรงงาน หรือเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศได้ หากผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญ ทั้งยังต้องมีการเตรียมความพร้อมมาตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะการมีสุขภาพที่ดี เกิดจากการที่บุคคลทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Pender, 1996)

จากความสำคัญดังกล่าว บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ศึกษาระดับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งความคาดหวังในชีวิตของผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพประชากรสูงอายุ ให้สามารถเป็นกำลังในการพัฒนาประเทศได้ต่อไป

บทความนี้จะนำเสนอเป็น 5 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการนำเสนอให้เห็นความสำคัญของประเด็นสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุของไทย ในส่วนที่ 2 เป็นการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพของประชากรสูงอายุ ส่วนที่ 3 นำเสนอวิธีการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนที่ 4 จะเป็นการนำเสนอผลการศึกษาระดับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งความคาดหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ และส่วนสุดท้ายจะเป็นการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ

ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ ในความหมายดั้งเดิม หมายถึง การปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย คำนิยามที่มีความหมายกว้างขึ้น คือ ภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งไม่มีความเจ็บป่วยหรืออ่อนแอทางสุขภาพ (Constitution of the World Health Organization, 2006 อ้างถึงใน องค์การอนามัยโลก, 2556)

Orem (2001) สุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายที่สมบูรณ์และทำงานสอดคล้องกัน รวมถึงจิตใจจิตวิญญาณ และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ตลอดจนความสมบูรณ์ทางด้านสังคม

Pender (2011) สุขภาพ หมายถึง ความต้องการสูงสุดของมนุษย์ และต้องใช้ความพยายามในการสร้างพฤติกรรม การมีความสามารถดูแลตนเอง และสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่น ขณะที่มีการปรับตัวเพื่อให้การคงอยู่ของโครงสร้างและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์

จากความหมายข้างต้น สุขภาพจึงหมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สติปัญญา และสังคม รวมทั้งสามารถปรับตัวให้เกิดความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Heath Promotion Model)

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral Specific Cognitions and Affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรม จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่า แต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Pender, 2011; สุรีย์ ธรรมิกบวร, ม.ป.ป.)

องค์ประกอบของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Heath Promotion Model) ของ Pender (2011) มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- 1) คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้น เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 2) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral Specific Cognitions and Affect) เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหา และพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 3) ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่องจาก 2 ส่วนคือ คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม โดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความชอบของบุคคล

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2543; สุจิตรา ผลประไพและคณะ, 2544)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านระบบการทำงานต่างๆของร่างกาย ในทางที่เสื่อมถอยลง ฟันผุและหลุดเร็วกว่าปกติ ความต้านทานโรคทางผิวหนังก็จะน้อยลง ติดโรคได้ง่าย และการระคายเคือง รอยฟกช้ำบนผิวหนังจะหายช้า ระบบกระดูกจะฝุ่กร่อน ไม่แข็งแรงการเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่นหกล้ม อาจทำให้กระดูกแตกหักได้ ระบบประสาทและสมอง ตาจะพร่าเลือนหรือมองไม่ชัด หูมักจะหูหนวกหูตึง การตอบสนองช้าลง ระบบการไหลเวียน ความดันโลหิตไม่คงที่ อาจจะทำต่ำหรือสูงกว่าปกติ ประสาทการเคี้ยวและการกลืนเริ่มเสื่อมถอยทำให้ลำบากในการรับประทานอาหาร ระบบขับถ่าย ปัสสาวะลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อมถอยทำให้ลำบากในการรับประทานอาหาร ระบบขับถ่าย ปัสสาวะลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อมถอยทำให้ลำบากในการขับถ่ายไม่อยู่ ไม่ว่าจะปัสสาวะหรืออุจจาระ แต่จะพบปัญหา กลั้นปัสสาวะไม่ได้มากกว่า ระบบทางเดินอาหาร ดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารได้ง่าย

ระบบกรองของเสียผ่านตับทำงานลดลงส่งผลให้พิษต่าง ๆ ตกค้างอยู่ในร่างกาย โดยปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.0 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 10.6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.2 (สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล และคณะ, 2556)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์

ด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เก็บตัว ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย เกิดความแปรปรวนของอารมณ์และความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช, 2543; รมย์รวิน กมลเนตรวิจิตร, 2553; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) นอกจากนี้ภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย ก็จะส่งผลให้จิตใจห่อเหี่ยว มองไม่ออกมีชีวิตต่อไป (อรวรรณ คุณา และนันทศักดิ์ ธรรมมาวันวัฒน์, 2552)

3) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัวฯ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า ท้อแท้และสิ้นหวังได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2543)

การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การเสริมสร้างสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ควรดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544) การป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุทั้งในบ้านและนอกบ้าน (บรรลุศิริพานิช, 2544; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2552) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวัยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยในการทำงานของกล้ามเนื้อ ช่วยให้เซลล์สมองทำงานดีขึ้น ช่วยเสริมความแข็งแรงให้กับร่างกาย และเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556) แต่จะต้องคำนึงถึงสุขภาพร่างกายของตนเองไม่ออกกำลังกายอย่างหักโหม รวมทั้งผู้สูงอายุควรหากิจกรรมทำ เช่น งานอดิเรก ช่วยดูแลลูกหลาน ติดตามรับฟังข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เพื่อช่วยในการรับรู้และเข้าใจความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2559)

นอกจากนั้นครอบครัวควรให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความตระหนักและรู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง และหาวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัวเพื่อเป็นการลดความเครียด และให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความค่า เป็นที่ปรึกษาของคนในครอบครัว (บรรลุ ศิริพานิช, 2544; นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556) รวมถึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองในสิ่งที่สามารถทำเองได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง ในมิติทางจิตวิญญาณ ควรสนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และเข้าร่วมกิจกรรมสันตนาการ (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลงของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ การดูแลสุขภาพกายและจิตใจ ด้วยการออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การระมัดระวังตนเองจากการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งการ

ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับครอบครัว และชุมชนของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลายประการประกอบด้วย

ปัจจัยทางด้านประชากร พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่าและแยกกันอยู่ เนื่องจากการมีคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุได้มีที่ปรึกษา และมีผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน (วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม, 2550; รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; วิไลวรรณ คมขำ และ คณະ, 2556; Belvis, et al., 2008) นอกจากนี้ลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย จะทำให้ผู้สูงอายุ มีบุตรหลานดูแลช่วยเหลือเมื่อต้องการ (วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม, 2550; วิไลวรรณ คมขำ และ คณະ, 2556; วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) ครอบครัวยังช่วยดูแลในด้านอาหาร การออกกำลังกาย หรือการทำงานตามความถนัด การอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเมื่อต้องการจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง เช่นการไปวัด การพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท เพื่อนฝูง ในส่วนการดูแลปฏิบัติทางด้านอารมณ์ จิตใจ ครอบครัวควรช่วยให้ผู้สูงอายุยังรู้สึกมีคุณค่า เช่น การเคารพยกย่องนับถือ การขอคำแนะนำจากผู้สูงอายุ การชวนผู้สูงอายุเล่าเหตุการณ์ประทับใจในอดีต หรือถ่ายทอดความรู้ให้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2559)

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่การศึกษาสูง ผู้สูงอายุที่ยังทำงานในภาคเกษตรกรรม และผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดี จะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ (รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555; วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการรักษายาบาล จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการดังกล่าว (รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์, 2555) รวมทั้งการมีโรงพยาบาลที่ไม่ไกลจากที่พักอาศัยที่ผู้สูงอายุสามารถไปใช้บริการได้เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย (วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557)

นอกจากนี้เครือข่ายการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Wan-I Lin, Mei-Lan Chen & Ju-Chun Cheng, 2013) โดยมีมักจะเป็นในรูปแบบการร่วมจัดตั้งสถานสุขภาพ เช่น สนามออกกำลังกาย ลานกิจกรรม จัดฟังเทศน์ปฏิบัติธรรมทุกวันพระ และวันสำคัญทางศาสนา การส่งเสริมจัดตั้งกลุ่มส่งเสริมภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อถ่ายทอดความรู้วัฒนธรรมในชุมชนรุ่นหลัง รวมถึงเตรียมความพร้อมบุคคลที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุให้พร้อมรับปรับตัวกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม การช่วยประสานงานกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ธีระชัย พรหมคุณ และ คณະ, 2557; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2559)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข นอกจากเกิดจากการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุเองแล้ว ยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการ ทั้งปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความคาดหวังในชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยการใช้ข้อมูลปีฐานภายใต้แผนงานวิจัยเรื่องความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย ด้วยวิธีการสำรวจแบบการใช้ตัวอย่างซ้ำ (Panel and Longitudinal Study) ซึ่งเป็นการสำรวจครัวเรือนตัวอย่างจากทุกภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 5,600 ครัวเรือนในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นการสำรวจรอบที่ 1 วิธีการรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์สมาชิกครัวเรือนตัวอย่าง 1 คนที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และคู่สมรสของสมาชิกครัวเรือน (ถ้ามีโดยไม่จำกัดอายุ) ครัวเรือนตัวอย่างจะกระจายไปตามจังหวัดตัวอย่างในแต่ละภูมิภาค ได้แก่ เชียงใหม่ อุตรดิตถ์ ในภาคเหนือ ขอนแก่นและสุรินทร์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพชรบูรณ์และสิงห์บุรี ในภาคกลาง จันทบุรี ในภาคตะวันออก และสงขลา กระบี่ ในภาคใต้ รวมทั้งกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี และสมุทรปราการ รวมทั้งสิ้น 13 จังหวัด การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-section) เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์นี้ เป็นข้อมูลปีฐาน จึงยังไม่สามารถวิเคราะห์ให้เห็นในการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งความคาดหวังได้ ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลในรอบการสำรวจต่อ ๆ ไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาขึ้นโดยคณาจารย์และนักวิจัยจากคณะพัฒนาการเศรษฐกิจ คณะสถิติประยุกต์ และสำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ และได้ทำการทดลองใช้รวมทั้งปรับปรุงเครื่องมือ จากการศึกษาในโครงการนำร่องโครงการวิจัย “การสำรวจและศึกษาสุขภาพ และการเกษียณในประเทศโดยการใช้ตัวอย่างซ้ำ” โดยทำการศึกษาโครงการนำร่องทั้งสิ้น 2 รอบ การศึกษารอบที่ 1 (Pilot Wave 1) ดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ระยะเวลา 1 ปี และ โครงการนำร่อง รอบที่ 2 (Pilot Wave 2) ดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 เป็นระยะเวลา 1 ปี เช่นเดียวกัน

สำหรับเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในบทความวิจัยนี้ มาจากโครงการวิจัย “สุขภาพและความคาดหวังในชีวิตของผู้สูงอายุไทย” ภายใต้แผนงานวิจัย เรื่อง “ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย” ซึ่งเป็นการศึกษาด้วยวิธีการใช้ตัวอย่างซ้ำ (Panel and longitudinal study) ในระดับประเทศ รอบที่ 1 (Wave 1) โดยแบบสอบถามจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ (1) สุขภาพ (2) การประกันสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ (3) ความคาดหวัง และความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งบทความนี้จะนำเสนอเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ (1) สุขภาพ (2) ความคาดหวัง และความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ โดยคำถามทางด้านสุขภาพนั้น จะสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย การได้ยิน การมองเห็น ความสามารถในการกลืนปัสสาวะ การประสบอุบัติเหตุ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกทางอารมณ์

ในส่วนของความคาดหวัง และความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ เป็นคำถามที่แสดงถึงระดับความคาดหวังในโอกาสของการมีชีวิตยืนยาวต่อไป และโอกาสในการหารายได้มายังชีพ รวมทั้งความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับครอบครัวและคุณภาพชีวิตโดยรวม การประเมินความคาดหวังของผู้สูงอายุดังกล่าวนี้ เป็นการให้ผู้สูงอายุประเมินถึงโอกาสความเป็นไปได้ในการเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยแบ่งโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ออกเป็น 10 ชั้น คือ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ ร้อยละ 0 หรือ ร้อยละ 5 หรือ ร้อยละ 10 จนถึง ร้อยละ 100

เช่นเดียวกันกับการประเมินความพึงพอใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 ระดับ จากความพึงพอใจในระดับต่ำสุด ร้อยละ 0 หรือ ร้อยละ 5 หรือ ร้อยละ 10 จนถึงระดับสูงสุด ร้อยละ 100

ผลการศึกษา

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพโดยรวมของตัวอย่างอยู่ในระดับดี โดยภาวะสุขภาพกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.2 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.4 และสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 80.7 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.5 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพโดยรวม	\bar{x}	S.D.	จำนวน (คน)	ระดับ
สุขภาพกาย	73.2	16.4	5,904	ดี
สุขภาพจิต	80.7	15.5	5,892	ดี

สำหรับโรคหรืออาการของโรคที่ตัวอย่างมีอาการป่วยมากที่สุดได้แก่ ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 34.2 ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาหรือการฉีดยาคิดเป็นร้อยละ 88.8 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 15.2 ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาร้อยละ 87.6 ลำดับที่สามได้แก่ โรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/หัวใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 4.7 และในจำนวนนี้ได้รับการรักษาร้อยละ 87.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหรือมีอาการของโรคต่าง ๆ และการรักษา

โรคหรืออาการของโรค	ผลการวินิจฉัยโดยแพทย์			มีการรักษา/กินยา/ฉีดยา*		
	เป็นโรค	ไม่เป็นโรค	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ
1. ความดันโลหิตสูง ①	34.2	64.1	1.7	88.8	3.3	7.9
2. โรคเบาหวาน/น้ำตาลในเลือดสูง ②	15.2	82.9	1.9	87.6	3.7	8.7
3. มะเร็ง/เนื้องอกในสมองชนิดร้ายแรง	0.1	97.7	2.1	87.5	-	12.5
4. มะเร็งที่อื่น	0.7	97.2	2.1	76.2	14.3	9.5
5. โรคปอดเรื้อรัง/ถุงลมโป่งพอง	0.8	97.0	2.2	78.4	9.8	11.8
6. โรคเกี่ยวกับตับ	0.4	97.4	2.2	69.2	7.7	23.1
7. โรคเกี่ยวกับไต	1.9	96.0	2.1	78.1	13.2	8.8
8. โรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/หัวใจล้มเหลว ③	4.7	93.2	2.1	87.4	7.0	5.6
9. โรคเกี่ยวกับสมอง/สมองเสื่อม	0.8	97.0	2.2	68.1	19.1	12.8
10. โรคไขข้อ/ข้ออักเสบ/รูมาติก	4.0	93.6	2.3	68.7	15.6	15.6
11. โรคเกี่ยวกับกระดูก/กระดูกพรุน	3.4	94.5	2.2	69.5	12.8	17.7

โรคหรืออาการของโรค	ผลการวินิจฉัยโดยแพทย์			มีการรักษา/กินยา/ฉีดยา*		
	เป็นโรค	ไม่เป็นโรค	ไม่ตอบ	มี	ไม่มี	ไม่ตอบ
12.1 ผู้ชายเท่านั้น:โรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	1.2	63.7	35.0	79.5	6.8	13.7
12.2 ผู้หญิงเท่านั้น:โรคเกี่ยวกับมดลูก/รังไข่	0.4	64.6	35.0	39.1	43.5	17.4
n=6,015						

*หมายถึง เฉพาะผู้ที่ เป็นโรค

ในด้านความเจ็บปวดอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายพบว่า หัวเข่า เป็นอวัยวะที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในระดับมาก จำนวนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.6 ตามด้วย ขา คิดเป็นร้อยละ 4.0 สำหรับความเจ็บปวดในระดับปานกลางพบว่า ขา เป็นอวัยวะที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในระดับนี้ จำนวนมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 14.1 รองลงมาได้แก่ หัวเข่า คิดเป็นร้อยละ 13.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของความเจ็บปวดอวัยวะ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

อวัยวะ	ความรุนแรงของอาการเจ็บ / ปวด				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เจ็บปวด	ไม่ตอบ
1. ศีรษะ	1.0	3.8	12.4	75.	7.5
2. ไหล่	1.1	5.1	12.9	73.3	7.5
3. แขน	1.1	5.9	13.5	72.4	7.1
4. ข้อมือ	0.6	2.4	5.7	83.5	7.8
5. นิ้วมือ	0.3	1.5	4.3	85.9	7.9
6. หน้าอก	0.4	1.3	4.9	85.3	8.0
7. ท้อง	0.5	2.2	6.3	83.0	8.0
8. หลัง	2.2	9.7	18.2	62.9	7.0
9. สะโพก	1.6	6.7	12.4	72.0	7.3
10. ขา	4.0	14.1	22.8	53.0	6.2
11. เข่า	4.6	13.2	20.1	55.7	6.3
12. ข้อเท้า	1.2	2.7	6.5	81.7	7.9
13. นิ้วเท้า	0.7	1.3	3.8	85.9	8.4
n= 6,015					

การประสบอุบัติเหตุหกล้ม เป็นสิ่งหนึ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากในผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ตัวอย่างร้อยละ 10.9 เคยประสบอุบัติเหตุ (ตารางที่ 4) จำนวนเฉลี่ย 2.1 ครั้ง (ตารางที่ 5) และตัวอย่างร้อยละ 7.0 มีความกลัวและกังวลในระดับมากว่าจะประสบอุบัติเหตุหกล้ม (ตารางที่ 4) ซึ่งการประสบอุบัติเหตุหกล้มอาจกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเคลื่อนไหว โดยพบว่าตัวอย่างร้อยละ 4.4 มีปัญหาการเคลื่อนไหวถาวรจากการประสบอุบัติเหตุหกล้ม และร้อยละ 38.0 มีปัญหาการเคลื่อนไหวชั่วคราวจากอุบัติเหตุดังกล่าว ซึ่งผลกระทบนี้มีจำนวนมากกว่าที่ตัวอย่างได้รับจากอุบัติเหตุจากรถ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ร้อยละของการประสบอุบัติเหตุในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา และความกังวลหรือกลัวการประสบอุบัติเหตุหกล้ม

การประสบอุบัติเหตุ			ความกลัว / กังวลว่าจะประสบอุบัติเหตุหกล้ม				
เคย	ไม่เคย	ไม่ตอบ	มาก	พอสมควร	เล็กน้อย	ไม่กลัว	ไม่ตอบ
10.9	85.2	4.0	7.0	17.1	44.0	27.1	4.7
n = 6,015							

ตารางที่ 5 ร้อยละของปัญหาการเคลื่อนไหวที่เกิดจากอุบัติเหตุการประสบอุบัติเหตุต่าง ๆ ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา

อุบัติเหตุ	ปัญหาการเคลื่อนไหวที่เกิดจากอุบัติเหตุ			
	ถาวร	ชั่วคราว	ไม่ใช่	ไม่ตอบ
1. อุบัติเหตุจากรถ	2.7	24.4	20.8	52.1
2. ลื่นหกล้ม \bar{x} = 2.1 ครั้ง S.D. = 2.0	4.4	38.0	28.7	28.9
3. ของตกใส่/กระแทก	-	3.1	23.7	73.3
n = 655				

ปัญหาสุขภาพที่พบมากอีกปัญหาหนึ่ง คือ ปัญหาหลังปวดไม่อยู่ หรือมีอาการปวดหลัง โดยพบว่าตัวอย่างร้อยละ 91.6 มีอาการดังกล่าวเป็นประจำ แต่มีตัวอย่างเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่ใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยในการดัดข้อหลังเป็นประจำ ในขณะที่ร้อยละ 94.6 ไม่ได้ใช้ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ร้อยละของปัญหาหลักันปีสภาวะไม่อยู่หรือมีอาการปีสภาวะเล็ด ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา และการใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยในการดูดซับปีสภาวะ

ปัญหาหลักันปีสภาวะไม่อยู่ หรือมีอาการปีสภาวะเล็ด					การใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยในการดูดซับปีสภาวะ				
เป็น ประจำ	บ่อย ๆ มากกว่า 15 วันต่อ เดือน	บ้าง 5 - 15 วัน ต่อเดือน	บ้าง ไม่เกิน 5 วัน ต่อเดือน	ไม่ตอบ	เป็น ประจำ	บ่อย ๆ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ใช่	ไม่ตอบ
91.6	1.0	1.5	4.6	1.2	0.8	0.9	2.4	94.6	1.3

n = 6,015

สำหรับด้านสุขภาพตาที่ส่งผลต่อการมองเห็น พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งที่ใช้แว่นหรือเลนส์ปรับสายตา และไม่ใช่แว่นหรือเลนส์ปรับสายตา มีการมองเห็นอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 80.3$ S.D. = 16.7 และ $\bar{X} = 70.0$ S.D. = 18.5 ตามลำดับ) ถึงกระนั้นก็ยังมิตัวอย่างที่มีปัญหาโดยรวมเกี่ยวกับตามากถึงร้อยละ 32.5 ที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคต้อกระจก คิดเป็นร้อยละ 13 รองลงมา คือ สายตาวาว คิดเป็นร้อยละ 11.4 และมีตัวอย่างที่เคยได้รับการผ่าตัดตา คิดเป็นร้อยละ 10.6 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ร้อยละของโรคหรือมีอาการเกี่ยวกับตา/การมองเห็น และการดูแล บำบัดรักษา

โรค/อาการเกี่ยวกับ สายตา/การมองเห็น	ผลการวินิจฉัย โดยแพทย์			การบำบัดรักษา* /การหยอด/กินยา			การใช้แว่นหรือ เลนส์ปรับสายตา			
	เป็นโรค/ เคย ผ่าตัด	ไม่เป็น/ ไม่เคย ผ่าตัด	ไม่ ตอบ	จำเป็น	ไม่ จำเป็น	ไม่ ตอบ	ประจำ	บ้าง	ไม่ใช่	ไม่ ตอบ
1. ตาบอด หรือกำลังจะบอด หนึ่งข้าง	0.9	28.9	70.2	33.9	51.8	14.3	16.1	17.9	53.6	12.5
2. ตาบอด หรือกำลังจะบอด สองข้าง	0.2	29.4	70.4	33.3	33.3	33.3	25.0	-	50.0	25.0
3. สายตาสั้น	4.8	22.5	69.7	13.4	69.0	17.6	41.7	39.7	8.6	10.0
4. สายตาวาว	11.4	20.8	67.8	9.8	76.2	14.0	25.8	56.7	9.8	7.7
5. สายตาเอียง	0.6	29.1	70.2	10.3	71.8	17.9	38.5	43.6	12.8	5.1
6. โรคต้อหิน	1.7	28.3	70.0	62.0	24.0	14.0	24.0	27.0	39.0	10.0
7. โรคต้อกระจก	13.0	62.0	25.0	51.6	37.0	11.4	18.5	25.8	45.1	10.6
8. โรคต้อเนื้อ	4.1	67.3	28.7	45.8	42.9	11.3	13.8	26.6	44.3	15.3
9. โรคต้อลม	2.5	70.0	27.6	43.1	44.1	12.7	11.8	33.3	37.3	17.6
10. ตาแห้ง	0.8	28.8	70.4	43.5	21.7	34.8	8.7	15.2	39.1	37.0
รวมปัญหาด้านสายตา	32.5	59.6	7.9							
การเข้ารับการผ่าตัดตา	10.6	85.2	4.2							
ระดับการมองเห็น กรณีที่ใช้ แว่นหรือเลนส์ปรับสายตา	$\bar{X} = 80.3$	S.D. = 16.7	ระดับดี							

โรค/อาการเกี่ยวกับ สายตา/การมองเห็น	ผลการวินิจฉัย โดยแพทย์			การบำบัดรักษา* /การหยอด/กินยา			การใช้แว่นหรือ เลนส์ปรับสายตา			
	เป็นโรค/ เคย	ไม่เป็น/ ไม่เคย	ไม่ ตอบ	จำเป็น	ไม่ จำเป็น	ไม่ ตอบ	ประจำ	บ้าง	ไม่ใช้	ไม่ ตอบ
	ผ่าตัด	ผ่าตัด								
ระดับการมองเห็น กรณีที่ไม่ใช้ แว่นหรือเลนส์ปรับสายตา	$\bar{X} = 70.0$ S.D.= 18.5 ระดับดี									
n = 6,015										

*หมายถึง เฉพาะผู้ที่ เป็นโรคและเคยได้รับการผ่าตัด

ในด้านอาการเกี่ยวกับหู และ/หรือการได้ยิน พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งที่ใช้อุปกรณ์ช่วยฟังและไม่ใช้
อุปกรณ์ช่วยฟัง มีการได้ยินอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 74.5$ S.D. = 22.5 และ $\bar{X} = 79.5$ S.D. = 16.2 ตามลำดับ)
อย่างไรก็ตามยังมีตัวอย่างที่มีปัญหาโดยรวมเกี่ยวกับหูร้อยละ 9.8 ปัญหาที่มากที่สุดได้แก่ หูอื้อ คิดเป็นร้อยละ
56.7 รองลงมา คือ ได้ยินเสียงแหว่ หรือเสียงสะท้อน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ทั้งนี้มีตัวอย่างที่เคยได้รับการผ่าตัดหู
เพียงร้อยละ 1.2 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ร้อยละของได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นโรคหรือมีอาการเกี่ยวกับหู/การได้ยิน

โรค/อาการเกี่ยวกับ หู/การได้ยิน	ผลการวินิจฉัยโดย แพทย์/ผู้เชี่ยวชาญ			การบำบัดรักษา* /การหยอด/กินยา			ใช้อุปกรณ์* /เครื่องช่วยการได้ยิน			
	เป็นโรค/ เคย	ไม่เป็น/ ไม่เคย	ไม่ ตอบ	จำเป็น	ไม่ จำเป็น	ไม่ ตอบ	ประจำ	บ้าง	ไม่ใช้	ไม่ตอบ
	ผ่าตัด	ผ่าตัด								
1. หูหนวก หรือกำลังจะ หนวกหนึ่งข้าง	1.2	10.0	88.8	31.5	46.6	21.9	6.8	6.8	69.9	16.4
2. หูหนวก หรือกำลังจะ หนวกสองข้าง	6.8	76.7	16.4	31.8	54.5	13.6	6.8	2.3	79.5	11.4
3. ได้ยินเสียงแหว่ หรือ เสียงสะท้อน	11.4	70.5	18.2	30.0	53.3	16.7	5.0	5.0	75.0	15.0
4. หูอื้อ	56.7	36.7	6.7	11.4	31.4	57.1	2.9	2.9	37.1	57.1
5. นำในหูไม่เท่ากัน	0.4	10.5	89.0	59.3	29.6	11.1	-	7.4	81.5	11.1
รวมปัญหาด้านการ ได้ยิน	9.8	85.6	4.5							
การเข้ารับการผ่าตัดหู	1.2	93.6	5.3							
ระดับการได้ยิน กรณีที่ ใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง	$\bar{X} = 74.5$ S.D.= 22.5 ระดับดี									
ระดับการได้ยิน กรณีที่ ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง	$\bar{X} = 79.5$ S.D.= 16.2 ระดับดี									
n=6,015										

*หมายถึง เฉพาะผู้ที่ เป็นโรคและเคยได้รับการผ่าตัด

สุขภาพปากและฟันมีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพโดยรวม และภาวะโภชนาการของทุกช่วงวัย สำหรับในวัยสูงอายุความเสื่อมถอย/หลุด/หักของฟันทำให้ผู้สูงวัยรับประทานอาหารได้ลำบากมากขึ้นถึงแม้การใส่ฟันปลอมจะมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาที่นี้ ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากระดับความสามารถเคี้ยวของเหนียว แข็ง และกรอบ สำหรับผู้ที่ใส่ฟันปลอม (\bar{X} =72.4 S.D. = 20.6) จะดีกว่าผู้ที่ไม่ใส่ฟันปลอม (\bar{X} =64.4 S.D. = 24.2) อย่างไรก็ตามมีตัวอย่างมากถึงร้อยละ 78.0 ที่ไม่ใส่ฟันปลอม ซึ่งส่งผลถึงระดับความสามารถในการเคี้ยวที่ลดลงตามไปด้วย (ตารางที่ 9) ทั้งนี้ตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 มีการรับประทานอาหารครบทุกมื้อ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 สุขภาพปากและฟัน

ร้อยละของการใส่ฟันปลอม					ระดับสามารถในการเคี้ยว		
ใส่ทั้งข้างล่าง-บน	ใส่ข้างล่าง หรือ ข้างบน	ใส่บางซี่	ไม่ใส่	ไม่ตอบ	\bar{X}	S.D.	แปลผล
9.2	4.0	6.4	78.0	2.5	72.4 ¹	20.6 ¹	ดี
					64.4 ²	24.2 ²	พอใช้
n = 6,015							
1 หมายถึง กรณีใส่ฟันปลอม			2 หมายถึง กรณีไม่ใส่ฟันปลอม				

ตารางที่ 10 การรับประทานอาหาร

การรับประทานอาหาร	ร้อยละ			
	รับประทาน	ไม่รับประทาน	จำไม่ได้	ไม่ตอบ
เมื่อวานนี้				
- มื้อเช้า	96.6	2.9	0.1	1.1
- มื้อกลางวัน	95.8	2.9	0.1	1.1
- มื้อเย็น	97.7	1.0	0.1	1.2
วันก่อนเมื่อวานนี้				
- มื้อเช้า	94.4	2.2	0.1	3.3
- มื้อกลางวัน	93.3	2.9	0.2	3.5
- มื้อเย็น	95.1	0.9	0.1	3.9
n = 6,015				

ขนาดของร่างกาย และการเพิ่มขึ้น/ลดลงของขนาดร่างกาย เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของภาวะสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่าตัวอย่างมีรูปร่างสมส่วน น้ำหนักตัวโดยเฉลี่ย 61.2 กิโลกรัม (S.D. = 10.6) ส่วนสูงโดยเฉลี่ย 160.5 เซนติเมตร (S.D. = 7.5) ส่วนใหญ่น้ำหนักและส่วนสูง คงที่ (ร้อยละ 87.2 และ ร้อยละ 72.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 11 และ 12

ตารางที่ 11 ขนาดของร่างกาย

ขนาดของร่างกาย	ระดับ			
	\bar{x}	S.D.	แปลผล	n
น้ำหนักตัวในปัจจุบัน (ก.ก.)	61.2	10.6	-	5,320
ส่วนสูงในปัจจุบัน (ซ.ม.)	160.5	7.5	-	5,124
ความคิด/ความรู้สึกเกี่ยวกับขนาดของรูปร่าง	55.7	11.8	สมส่วน	4,806

ตารางที่ 12 ร้อยละการเพิ่มขึ้น/ลดลงของขนาดร่างกาย

การเพิ่มขึ้น/ลดลงของขนาดร่างกาย	ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่
การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก		
- น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 5 กิโลกรัม	5.0	94.5
- น้ำหนักลดมากกว่า 5 กิโลกรัม	3.4	96.1
- น้ำหนักเพิ่มแต่ลดลงแล้ว	2.3	97.2
- น้ำหนักลดแต่เพิ่มขึ้นแล้ว	1.6	97.9
- น้ำหนักคงที่ (เพิ่ม/ลด ไม่เกิน 5 กิโลกรัม)	87.2	12.3
- ไม่ตอบ	0.5	-
การเปลี่ยนแปลงของส่วนสูง		
- ความสูงลดลงไม่เกิน 1 เซนติเมตร	2.1	96.6
- ความสูงลดลงมากกว่า 1 เซนติเมตร	1.2	97.5
- ส่วนสูงคงที่	72.9	25.8
- ไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงส่วนสูง	22.4	76.3
- ไม่ตอบ	1.3	-
		n = 5,124

2. พฤติกรรมสุขภาพ

การออกกำลังกายจะช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจแจ่มใส ผลจากการศึกษาพบว่า ตัวอย่างร้อยละ 23.8 ออกกำลังกายทุกวัน โดยร้อยละ 34.0 ออกกำลังกายมากกว่า 7 ปี และร้อยละ 21.2 ออกกำลังกายมาประมาณ 1-2 ปี แต่อย่างไรก็ตามครึ่งหนึ่งของตัวอย่าง (ร้อยละ 50.1) ยังคงไม่ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผล คือ ไม่มีเวลาว่าง และมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 36.6 และ 32.4 ตามลำดับ) โดยสถานที่ที่ใช้ออกกำลังกาย คือ ที่บ้าน (ร้อยละ 75.8) รองลงมา คือ สวนสาธารณะของชุมชนหรือหมู่บ้าน (ร้อยละ 20.9) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย	ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่
จำนวนการออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์		
- 7 วัน/สัปดาห์ (ทุกวัน)	23.8	75.3
- 5-6 วัน/สัปดาห์	5.2	93.9
- 3-4 วัน/สัปดาห์	10.4	88.7
- 1-2 วัน/สัปดาห์	9.5	89.6
- ไม่ออกกำลังกาย	50.1	49
- ไม่ตอบ	0.9	-
		n = 5,124
ระยะเวลาในการออกกำลังกายเป็นประจำ		
- น้อยกว่า 3 เดือน	4.6	95.4
- 4-6 เดือน	5.5	94.5
- 7 เดือน -1 ปี	7.4	92.7
- 1-2 ปี	21.2	78.8
- 3-4 ปี	15.2	84.8
- 5-6 ปี	12.1	87.9
- มากกว่า 7 ปี	34.0	66.0
		n = 2,904
เหตุผลหลักที่ไม่ออกกำลังกาย		
- ไม่ว่าง	36.6	63.4
- ชี้เกียจ	6.2	93.8
- ไม่ชอบการออกกำลังกาย	14.8	85.2
- ไม่มีสถานที่ที่จะไปออกกำลังกายได้	1.3	98.7

การออกกำลังกาย	ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่
- ไม่มีเพื่อน/ญาติไปทำกิจกรรมด้วย	0.8	99.2
- ไม่เคยคิด/ไม่เห็นความสำคัญ	7.9	92.1
- มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ	32.4	67.6
		n = 2,717
สถานที่ออกกำลังกาย		
- ที่บ้าน	75.8	24.2
- สวนสาธารณะของชุมชน/หมู่บ้าน	20.9	79.1
- สวนสาธารณะของเขต/เทศบาล/จังหวัด	2.3	97.7
- สถานที่ออกกำลังกายของเอกชน / Sport Club	1.0	99.0
		n = 3,346

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตัวอย่าง ผลจากการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 79.7) มีผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 12.2 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 9.1 มวน (S.D. = 6.9) สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์นั้น พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน (ร้อยละ 80.5) โดยมีผู้ที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 11.9 ปริมาณการดื่มที่มากที่สุดคือ 1-3 วัน/เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.6 รองลงมาได้แก่ ดื่มทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และดื่ม 1-3 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 25.7 ตามลำดับ ปริมาณการดื่มแต่ละครั้งเฉลี่ย 3-3.4 แก้ว (S.D. = 2.2-2.5) ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.8) ไม่ได้มีความตั้งใจหรือมีพฤติกรรมใด ๆ ที่จะลด ละ เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่
ประสบการณ์การสูบบุหรี่		
- เคยสูบบุหรี่และปัจจุบันก็ยังสูบบุหรี่อยู่	12.2	87.0
- เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกบุหรี่แล้ว	7.3	91.9
- ไม่เคยสูบบุหรี่	79.7	19.5
- ไม่ตอบ	0.8	-
		n = 6,015
จำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่วันละ (1 ซองมี 20 มวน)	\bar{x} = 9.1	S.D. = 6.9

การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	
	ใช่	ไม่ใช่
ประสบการณ์การดื่มสุรา		
- เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจุบันก็ยังดื่มอยู่	11.9	87.1
- เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว	6.6	92.4
- ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	80.5	18.5
- ไม่ตอบ	1.0	-
		n = 6,015
ปริมาณการดื่มเหล้า/สุรา/วิสกี้		
- ทุกวัน	29.2	70.8
- 4 – 6 วัน/สัปดาห์	10.5	89.5
- 1 – 3 วัน/สัปดาห์	25.7	74.3
- 1 – 3 วัน/เดือน	34.6	65.4
		n = 602
ปริมาณเหล้า/สุรา/วิสกี้ที่ดื่มในแต่ละครั้ง	$\bar{x} = 3.0$	S.D. = 2.2
ปริมาณการดื่มเบียร์		
- ทุกวัน	25.0	75.0
- 4 – 6 วัน/สัปดาห์	8.1	91.9
- 1 – 3 วัน/สัปดาห์	30.9	69.1
- 1 – 3 วัน/เดือน	36.0	64.0
		n = 239
ปริมาณเบียร์ที่ดื่มในแต่ละครั้ง	$\bar{x} = 3.4$	S.D. = 2.5
ความตั้งใจลด/ละ/เลิก ดื่มแอลกอฮอล์		
- กำลังพยายามโดยปรึกษาแพทย์	2.8	97.2
- กำลังพยายามด้วยตนเอง	24.2	75.8
- อยากลด/ละ/เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ทำไม่ได้	16.1	83.9
- ต้องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในตอนเช้าเพื่อแก้อาการเมาค้างหรือเพื่อให้อารมณ์คงที่	3.2	96.8
- ไม่ได้ทำอะไรหรือไม่มีความตั้งใจหรือพฤติกรรมใด ๆ ข้างต้น	53.8	46.2
		n = 679

3. ความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ

ในด้านความรู้สึกทางอารมณ์ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สะท้อนถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาในกลุ่มของความรู้สึกที่เกิดขึ้นบ่อยมาก ตัวอย่างที่มีความรู้สึกดี ๆ มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.7 ตามด้วยความรู้สึกพอใจ/สมหวัง คิดเป็นร้อยละ 7.9 เช่นเดียวกับกับในกลุ่มของความรู้สึกที่เกิดขึ้นบ่อย ตัวอย่างที่มีความรู้สึกดี ๆ จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกพอใจ/สมหวัง คิดเป็นร้อยละ 24.6 (ตาราง ที่15)

ตารางที่ 15 ร้อยละของความรู้สึกทางอารมณ์ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา

ความรู้สึกทางอารมณ์	ความถี่ของการเกิดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา				
	บ่อยมาก (5-7 วัน)	บ่อย (3-4 วัน)	เป็นบางครั้ง (1 - 2 วัน)	น้อยมาก (ไม่ถึง 1 วัน) /ไม่มีเลย	ไม่ตอบ
1. เบื่อ ๆ ไม่สนใจคนและ/หรือสิ่งรอบตัว	0.9	3.8	22.6	70.5	2.2
2. ขาดสมาธิ	0.4	2.3	13.9	82.0	1.5
3. ซึมเศร้า	0.7	2.9	14.6	80.3	1.5
4. รู้สึกดี ๆ	11.7	28.6	28.5	29.7	1.5
5. รู้สึกกลัว วิตกกังวล เครียด	0.9	4.7	23.4	69.3	1.7
6. นอนไม่หลับ/หลับยาก	5.0	11.9	29.6	52.3	1.2
7. พอใจ/สมหวัง	7.9	24.6	32.8	33.3	1.4
8. เหงา/เปล่าเปลี่ยว	0.6	2.8	16.5	78.6	1.5
9. ผิดหวัง ไม่สมหวัง	1.0	2.2	17.5	77.8	1.4
10. ตัวเองไม่ดี ไร้ค่า ไม่มีศักดิ์ศรี	0.3	1.2	6.2	86.9	5.3

n= 6,015

อุปสรรคที่เกิดจากสุขภาพและสภาพร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อันประกอบด้วย การแต่งตัว (หยิบเสื้อผ้าจากตู้หรือราว สวมใส่ ติดกระดุม/รูตซิป คาดเข็มขัด) การล้างหน้า และ/หรือแปรงฟัน การอาบน้ำ และ/หรือสระผม และการรับประทานอาหาร ตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 95 สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ได้ด้วยตนเอง ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ร้อยละของอุปสรรคที่เกิดจากสุขภาพและสภาพร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การดำเนินชีวิตประจำวัน	ความช่วยเหลือที่ต้องการ				ไม่ตอบ
	ทำเองได้ทุก ขั้นตอน โดยไม่ต้อง ความช่วยเหลือ	ต้องการความ ช่วยเหลือ บางครั้ง บางขั้นตอน	ต้องการความ ช่วยเหลือทุก ครั้ง บางขั้นตอน	ต้องการความ ช่วยเหลือทุก ครั้ง ทุกขั้นตอน	
1. การแต่งตัว (หยิบเสื้อผ้าจากตู้หรือราว สวมใส่ ติดกระดุม/รูดซิป คัดเข็มขัด)	96.4	1.2	0.4	0.8	1.2
2. การล้างหน้า และ/หรือแปรงฟัน	97.2	0.7	0.4	0.7	1.0
3. การอาบน้ำ และ/หรือสระผม	96.7	0.9	0.4	0.8	1.2
4. การรับประทานอาหาร (ไม่รวมการจัดเตรียมหรือการทำอาหาร)	96.7	0.9	0.2	0.6	1.5
					n = 6,015

4. ความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิต

การวิเคราะห์ในส่วนของความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิต เป็นการแสดงถึงสถานะระดับความคาดหวังในโอกาสของการมีชีวิตอยู่ต่อไป และโอกาสในการหารายได้มายังชีพ รวมทั้งความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับครอบครัวและคุณภาพชีวิตโดยรวม

เพื่อให้เห็นภาพรวมของการวิเคราะห์ในส่วนนี้ จึงได้จัดกลุ่มโอกาสและระดับความพึงพอใจใหม่เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีโอกาสหรือระดับความพึงพอใจต่ำกว่า ร้อยละ 50 กลุ่มที่มีโอกาส/ระดับเท่ากับ ร้อยละ 50 และกลุ่มที่มีโอกาส/ระดับสูงกว่า ร้อยละ 50

4.1. ความคาดหวัง

สำหรับความคาดหวังโอกาสในการที่จะมีชีวิตยืนยาว 10-15 ปี จากปัจจุบันนั้น ตัวอย่างที่ตอบคำถามนี้ มากกว่าครึ่งมีความคาดหวังไปในทางที่ดี คือ มีโอกาสมากกว่า ร้อยละ 50 ที่จะมีชีวิตยืนยาว แต่ความคาดหวังดังกล่าวจะลดลงเมื่อผู้ตอบมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ความคาดหวังในการที่จะมีชีวิตยืนยาวนับจากปัจจุบัน

ความคาดหวัง	น้อยกว่า ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	มากกว่า ร้อยละ 50	n
1. โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวถึงอายุ 75 ปีหรือมากกว่านั้น (ผู้ตอบอายุ 64 ปี หรือต่ำกว่า)	4.9	27.7	67.4	2,345
2. โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวถึงอายุ 80 ปีหรือมากกว่านั้น (ผู้ตอบอายุ 65 - 69 ปี)	6.6	32.3	61.0	783
3. โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวถึงอายุ 85 ปีหรือมากกว่านั้น (ผู้ตอบอายุ 70 - 74 ปี)	11.7	31.2	57.2	703
4. โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวถึงอายุ 90 ปีหรือมากกว่านั้น (ผู้ตอบอายุ 75 - 79 ปี)	20.0	38.0	42.0	664
5. โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวถึงอายุ 95 ปีหรือมากกว่านั้น (ผู้ตอบอายุ 80 - 84 ปี)	22.9	40.0	37.1	612
6. โอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวถึงอายุ 100 ปีหรือมากกว่านั้น (ผู้ตอบอายุ 85 - 94 ปี)	31.4	34.9	33.7	398
จำนวนรวม (คน)				6,015

สำหรับความคาดหวังโอกาสในการทำงานเต็มเวลาเมื่ออายุครบ 60 ปี ตัวอย่างเกือบร้อยละ 70 มีความคาดหวังไปในทางที่ดี คือ มีโอกาสมากกว่าร้อยละ 50 ที่จะทำงานเต็มเวลาเมื่ออายุครบ 60 ปี ในส่วนของความคาดหวังที่จะทำงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันไปจนถึงอีก 5 ปีข้างหน้า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความคาดหวังไปในทางที่ดี คือ มีโอกาสมากกว่าร้อยละ 50 แต่เมื่อถามถึงความคาดหวังโอกาสที่จะทำงานหารายได้ ณ ช่วงเวลาหนึ่งในอนาคต สำหรับผู้ที่ไม่ได้ทำงานในปัจจุบัน พบว่าตัวอย่างกว่าครึ่งมีความคาดหวังต่ำในประเด็นดังกล่าว กล่าวคือ มีโอกาสน้อยกว่า ร้อยละ 50 ที่จะทำงานหารายได้ ณ ช่วงเวลาหนึ่งในอนาคต (ตารางที่ 19) ในด้านความคาดหวังโอกาสที่สถานะทางการเงินจะแย่ลง พบว่า ตัวอย่างจำนวนเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 14.4 ที่มีความกังวลเกี่ยวกับสถานะการเงินในอนาคต คือ คาดหวังว่ามีโอกาสมากกว่า ร้อยละ 50 ที่สถานะทางการเงินจะแย่ลง ในขณะที่เมื่อถูกถามถึงความคาดหวังโอกาสที่รัฐบาลจะให้การสนับสนุนผู้สูงอายุเมื่อท่านอายุสูงขึ้น พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคาดหวังไปในทางที่ดี คือ มีโอกาสมากกว่าร้อยละ 50 ที่รัฐบาลจะให้การสนับสนุนผู้สูงอายุเมื่ออายุสูงขึ้น และยังคงมีความคาดหวังไปในทางที่ดีต่ออนาคตของบุตรหลาน โดยตัวอย่างกว่าร้อยละ 70 คาดหวังว่าโอกาสที่ลูกหลานจะอาศัยอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่ายุคสมัยของตนเอง มีโอกาสมากกว่า ร้อยละ 50 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 ความคาดหวังในการทำงาน การหารายได้ และอนาคตด้านสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมของบุตรหลาน

ความคาดหวัง	น้อยกว่า ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	มากกว่า ร้อยละ 50	n
1. โอกาสที่จะทำงานเต็มเวลา เมื่ออายุครบ 60 ปี (ผู้ตอบอายุ 50-54 ปี และทำงานอยู่ในปัจจุบัน)	14.4	16.4	69.2	959
2. โอกาสที่จะทำงานที่ทำอยู่ในปัจจุบันไปจนถึงอีก 5 ปีข้างหน้า (ผู้ตอบอายุ 55 ปี และทำงานอยู่ในปัจจุบัน)	22.5	23.4	54.1	1,216
3. โอกาสที่จะทำงานหารายได้ ณ ช่วงเวลาหนึ่งในอนาคต (ผู้ตอบไม่ได้ทำงานอยู่ในปัจจุบัน)	54.9	16.8	28.3	2,131
4. โอกาสที่สถานะทางการเงินจะแย่ลง	42.4	43.4	14.4	4,627
5. โอกาสที่รัฐบาลจะให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ เมื่อท่านอายุสูงขึ้น	5.9	24.2	70.0	5,352
6. โอกาสที่ลูกหลานจะอาศัยอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่าคุณสมัยของตนเอง	5.7	23.6	70.8	5,356
จำนวนรวม (คน)				6,015

4.2. ความพึงพอใจในชีวิต

ในส่วนของการประเมินความพึงพอใจในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางกาย และสถานภาพทางเศรษฐกิจนั้น ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในสุขภาพทางกายในระดับที่สูงกว่า ร้อยละ 50 สำหรับความพึงพอใจในสถานภาพทางเศรษฐกิจ ตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 70 จะมีระดับความพึงพอใจในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 50 ในเรื่องของความพึงพอใจในความสัมพันธ์ทางครอบครัว ซึ่งได้แก่ ความสัมพันธ์ที่มีต่อคู่สมรส และความสัมพันธ์ที่มีต่อบุตร ตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 มีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ที่มีต่อคู่สมรส และความสัมพันธ์ที่มีต่อบุตรในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 50 รวมทั้งระดับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตก็มีลักษณะเช่นเดียว (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิต	น้อยกว่า ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	มากกว่า ร้อยละ 50	n
1. ด้านสุขภาพทางกาย	5.5	9.1	85.4	5,830
2. ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ	9.0	19.6	71.0	5,826
3. ความสัมพันธ์ที่มีต่อคู่สมรส	4.9	4.8	90.4	4,123
4. ความสัมพันธ์ที่มีต่อบุตร	2.0	3.1	94.9	5,399
5. คุณภาพชีวิต	2.6	5.3	92.1	5,764
จำนวนรวม (คน)				6,015

สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

ผลการศึกษา สามารถสรุปได้ต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพโดยรวมของตัวอย่างอยู่ในระดับดี ทั้งสุขภาพกาย ($\bar{X} = 73.2$ S.D. = 16.4) และสุขภาพจิต ($\bar{X} = 80.7$ S.D. = 15.5) อาการของโรคที่มีอาการป่วยมากที่สุดได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.2) รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.2) ลำดับที่สามได้แก่ โรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/หัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 4.7) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 85 ได้รับการรักษาอยู่ในปัจจุบัน

ในด้านความเจ็บปวดอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายพบว่า หัวเข่า เป็นอวัยวะที่มีความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.6 ตามด้วย ขา คิดเป็นร้อยละ 4.0 ตัวอย่างร้อยละ 10.9 เคยประสบอุบัติเหตุ จำนวนเฉลี่ย 2.1 ครั้ง โดยพบว่าตัวอย่างร้อยละ 4.4 มีปัญหาการเคลื่อนไหวถาวรจากการประสบอุบัติเหตุหกล้ม และร้อยละ 38.0 มีปัญหาการเคลื่อนไหวชั่วคราวจากอุบัติเหตุดังกล่าว **ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด** คือ ปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ หรือมีอาการปัสสาวะเล็ด (ร้อยละ 91.6) แต่มีตัวอย่างเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้นที่ใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยในการดูดซับปัสสาวะเป็นประจำ

สำหรับด้านสุขภาพตา พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งที่ใช้แว่นหรือเลนส์ปรับสายตา และไม่ใช้แว่นหรือเลนส์ปรับสายตา มีการมองเห็นอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 80.3$ S.D. = 16.7 และ $\bar{X} = 70.0$ S.D. = 18.5 ตามลำดับ) ปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคต้อกระจก คิดเป็นร้อยละ 13

ในด้านอาการเกี่ยวกับหู และ/หรือการได้ยิน พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งที่ใช้อุปกรณ์ช่วยฟังและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง มีการได้ยินอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 74.5$ S.D. = 22.5 และ $\bar{X} = 79.5$ S.D. = 16.2 ตามลำดับ) ปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ หูอื้อ คิดเป็นร้อยละ 56.7

สุขภาพปากและฟัน ตัวอย่างที่ใส่ฟันปลอมจะมีระดับความสามารถเคี้ยวของเหนียว แข็ง และกรอบ ($\bar{X} = 72.4$ S.D. = 20.6) ดีกว่าผู้ที่ไม่ใส่ฟันปลอม ($\bar{X} = 64.4$ S.D. = 24.2) ทั้งนี้ตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 มีการรับประทานอาหารครบทุกมื้อ ขนาดของร่างกายสมส่วน น้ำหนักตัว และส่วนสูงคงที่ ตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 95 สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การแต่งตัว (หยิบเสื้อผ้าจากตู้หรือราว สวมใส่ ติดกระดุม/รูดซิป คาดเข็มขัด) การล้างหน้า และ/หรือแปรงฟัน การอาบน้ำ และ/หรือสระผม และการรับประทานอาหาร

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2543; สุจิตรา ผลประไพและคณะ, 2544) ซึ่งระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายเปลี่ยนไปในทางที่เสื่อมถอยลง ระบบกระดูกจะฝ่อกร่อน ไม่แข็งแรงการเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น หกล้ม อาจทำให้กระดูกแตกหักได้ ระบบขับถ่าย ปัสสาวะลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อมถอยลงการขับถ่ายไม่อยู่ โดยปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.0 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 10.6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.2 (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2556)

2. พฤติกรรมสุขภาพ

ครั้งหนึ่งของตัวอย่าง (ร้อยละ 50.1) ยังคงไม่ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผล คือไม่มีเวลาว่าง และมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพตามลำดับ (ร้อยละ 36.6 และ 32.4) โดยสถานที่ที่ตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ออกกำลังกาย คือ ที่บ้าน (ร้อยละ 75.8) รองลงมา คือ สวนสาธารณะของชุมชน หรือหมู่บ้าน (ร้อยละ 20.9) สำหรับตัวอย่างที่ออกกำลังกายทุกวัน (ร้อยละ 23.8) มากกว่าร้อยละ 30.0 ออกกำลังกายมากกว่า 7 ปี

ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 79.7) มีผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 12.2 โดยสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 9.1 มวน (S.D. = 6.9) สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์นั้น พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นกัน (ร้อยละ 80.5) โดยมีตัวอย่างที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 11.9 จำนวนการดื่มที่มากที่สุดคือ 1-3 วัน/เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.6 ปริมาณการดื่มแต่ละครั้งเฉลี่ย 3-3.4 แก้ว (S.D. = 2.2-2.5) ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.8) ไม่ได้มีความตั้งใจ หรือมีพฤติกรรมใด ๆ ที่จะลด ละ เลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษาพบว่าตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำ ซึ่งเป็นพฤติกรรมลดสุขภาพที่เหมาะสม (บรรลุ ศิริพานิช, 2544) แต่พฤติกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือ การออกกำลังกาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2544) ยังมีตัวอย่างกว่าครึ่งที่ยังคงละเลย นอกจากนี้ยังพบว่าตัวอย่างเคยประสบอุบัติเหตุหกล้มเฉลี่ย 2 ครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถด้านการเคลื่อนไหวทั้งชั่วคราวและถาวร เพื่อลดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ควรให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral Specific Cognitions and Affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Pender, 2011; สุรีย์ ธรรมิกบวร, ม.ป.ป.)

3. ความรู้สึกทางอารมณ์ ความคาดหวัง และความพึงพอใจในชีวิต

จากข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นบ่อยในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีความรู้สึกดี ๆ จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมาได้แก่ ความรู้สึกพอใจ/สมหวัง คิดเป็นร้อยละ 24.6

ในด้านความคาดหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ จากตัวอย่างเป็นไปในทางที่ดีทั้งในด้านการคาดหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว และการมีงานทำที่มั่นคงจนถึงอายุ 60 ปี แต่สำหรับผู้ที่ไม่ม้งานทำ ความคาดหวังในการที่จะได้งานทำเพื่อสร้างรายได้ ความคาดหวังจะไปในทางที่โอกาสจะเกิดขึ้นได้น้อย สำหรับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จากตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยรวม ที่ตัวอย่างเกือบทั้งหมด มีความพึงพอใจในระดับที่สูงกว่าร้อยละ 50

จากการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีความคาดหวังเชิงบวกต่อชีวิต นับเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญยิ่งต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ การมีบทบาททางสังคมที่ลดลงไม่ได้ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกดังเช่นที่พบในอดีต (อรรวรรณ คุหา และ นันทศักดิ์ ธรรมาวินวัฒน์, 2552) นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวอย่างมีความคาดหวังที่

พึงพอใจในความสัมพันธ์ที่มีต่อบุตรอยู่ในระดับสูงมาก และมีความพึงพอใจในความสัมพันธ์ที่มีต่อกุสรมรอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเกื้อหนุนทางสังคมในบริบทของครอบครัวไทยมีแนวโน้มอยู่ในระดับที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตามควรที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ คือ เพิ่มการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น การแกว่งแขน การเดินออกกำลัง ซึ่งทำให้สุขภาพแข็งแรง ชะลอและลดปัญหาสุขภาพจากการเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ รวมทั้งการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการนำทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพเข้ามาประยุกต์ใช้ผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งการเกื้อหนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเน้นศึกษาเกี่ยวกับตัวแบบกิจกรรม และกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป นอกจากนี้ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคาดหวังในโอกาสการประกอบอาชีพในอนาคต และความพึงพอใจในชีวิตในด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นประเด็นที่สำคัญ และมีระดับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555). *ค่านิยมสังคมผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก http://www.msociety.go.th/document/statistic/statistic_5468.doc
- ธีระชัย พรหมคุณ และคณะ. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบคุณภาพ*, 7(1), 133-145
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2), 160-164.
- นภาพรณ์ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณไทย์. (2552). *ทิศทางใหม่ในการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพมหานคร: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2543). *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย: หลักการ งานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รมย์รวิน กมลเนตรวิจิ. (2553). *ถึงแก่แต่ไม่เสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: ไทยควอลิตี้บุ๊ก.
- สรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์. (2555). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*, 3(2), 45-63.

- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และ สุชาดา สนวนุ่ม. (2550). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัย บ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. รายงานการวิจัย. พิษณุโลก. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข.
- วิไลวรรณ คมขำ และ คณະ. (2556). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบล ธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี*. บทความวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการ ระดับชาติ เรื่อง “บูรณาการแห่งวิถีวิทยา: สื่อ สังคม และการจัดการ”. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร ร่วมกับ ศูนย์ศึกษาสื่อและการสื่อสารอาเซียน มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. สืบค้นจาก <http://amsarthailand.utcc.ac.th/attachments/article/34/15.1%20Wilaiwan%20thai.pdf>
- สุจิตรา ผลประไพและคณະ. (2544). *การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล ชีระ ศิริสมุต แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล ยศ ตีระวัฒนานนท์ และ ลีลี อิงศรีสว่าง. (2556). *รายงานผลการศึกษาเบื้องต้น การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. สืบค้นจาก http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/06/prelim_elderly_survey.pdf
- สุรีย์ ธรรมิกบวร.(ม.ป.ป.). *ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์*. สืบค้นจาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2550). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*. สืบค้นจาก http://slc.mnre.go.th/ewt_dl_link.php?nid=363
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkExc57-1.pdf>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การช่วยดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://hp.anamai.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic005.php>
- องค์การอนามัยโลก. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation)*. กรุงเทพมหานคร: พรีเมียม เอ็กซ์เพรส. สืบค้นจาก http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44405/166/9789241548052_health_tha.pdf
- อรรวรรณ คูหา และนนท์ศักดิ์ ธรรมานวัฒน์. (2552). *โครงการวิจัย เรื่องการศึกษาระบบการดูแล สุขภาพที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อัมพรพรรณ อีรานูตร. (2552). *คู่มือส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุ*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- Belvis, A. D., Avolio, M., Spagnolo, A., Damiani, G., Sicuro, L., Cicchetti, A, . . . Rosano, A. (2008). Factors associated with health-related quality of life: The role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health, 122*(8), 784-793.
- Lin, W., Chen, M., & Cheng, J. (2013). The Promotion of Active Aging in Taiwan. *Ageing Int Ageing International, 39*(2), 81-96.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice. 3th ed.* USA: Appleton and Lange.
- Pender, N. J. (2011). *Heath Promotion Model Manual*. Retrieved from http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
- Orem, E. D. (2001). *Nursing: Concept of practice. 5th ed.* St Louis: Mosby-Year book, Inc.