

# สถานะสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครรังสิต ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ ศศ.ด.\*, นติมา ทิโยว พ.บ.\*

## บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ การได้ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อ ๆ ไป งานวิจัยนี้มีรูปแบบเป็นภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานะสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน อบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 847 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.9 อายุเฉลี่ย 69.3 ปี ป่วยมีโรคประจำตัวร้อยละ 67.3 เคยตก/หกล้มร้อยละ 30.8 พฤติกรรมสุขภาพ หลังสบายดีร้อยละ 58.3 ขับถ่ายปกติร้อยละ 77.7 ออกกำลังกายร้อยละ 51.2 สูบบุหรี่ร้อยละ 0.7 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 6.3 มีส่วนร่วมในชุมชนร้อยละ 52.4 ความต้องการด้านสุขภาพ คือส่งสมาชิกครอบครัว เข้ารับการอบรมร้อยละ 16.9 เห็นด้วยถ้าเทศบาลนครจะสร้างศูนย์สุขภาพร้อยละ 74.6 คุณภาพชีวิตพบว่ามีความสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ดี ไม่ดี ดีมาก ดีเลิศ คิดเป็นร้อยละ 47.1, 37.7, 6.7, 5.7 และ 0.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส (P-value 0.022) การนอนหลับ (P-value < 0.01) การออกกำลังกาย (P-value 0.012) มีความวิตกกังวล เครียด (P-value < 0.01) การมีส่วนร่วมในชุมชน (P-value < 0.01) และการใส่เครื่องปรุงรสในอาหาร (P-value 0.002) ข้อเสนอแนะ ควรนำผลที่ได้ไปจัดโครงการ/ กิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ :** สถานะสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ความต้องการด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

## Health Status, Health Needs, and Quality of Life of the Elderly in Rangsit City Municipality, Prachatipat Subsidistrict, Thanyaburi District, Pathumthani Province

Srimuang Palungrit Ph.D.\*, Natima Tiyoa M.D.\*

Thailand currently is an aging society. To get basic information of senior citizens, therefore, is important for future benefits. The present research had a cross-sectional study design. Objectives: To analyze health status and health needs of the elderly and to determine association of factors that affect the health of the elderly. Methods: Multi-stage random sampling for the calculated sample size, contacted Rangsit municipality, data collection assistant training, data collection using interviews based on a presently designed questionnaire and quality of life (SF-36), and quantitative data analysis by frequency, percent, mean, standard deviation, minimum, maximum, and Chi-square test.

\* สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี

\* Department of Community Medicine and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

Results: the interviews engaged 847 elderly people, mostly female (66.9 percent), at the average age of 69.3 years, had chronic illness (67.3 percent), used to fall (30.8 percent). As regards health behaviours, slept well (58.3 percent), had normal bowel movements (77.7 percent). Some of the subjects exercised (51.2 percent), smoked (0.7 percent) and drank alcohol (6.3 percent). Participated activities in community (52.4 percent). The health need is to send family member for training (16.9 percent). Agree with the municipality is to health center (74.6 percent). Quality of life (SF-36) results: the ledery responded that they were in good-enough, good, poor, great, and excellent health equal to 47.1, 37.7, 6.7, 5.7 and 0.9 percent, respectively. Factors statistically significantly affecting the health of the elderly were marital status (P-value 0.022), sleeping (P-value < 0.01), exercise (P-value 0.012), anxiety and stress (P-value < 0.01), participation in community (P-value < 0.01) and food seasonings (P-value 0.002). Suggestion: The results should be used to plan action for the development of the elderly.

**Keywords :** Health Status, Health Behaviours, Health Needs, Quality of Life, Elderly

## บทนำ

ข้อมูลประชากรไทย ปี พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2533, และ พ.ศ. 2553 มีประชากรรวม 34,397,371 คน, 54,509,500 คน, และ 67,313,000 คน, ตามลำดับ มีประชากรผู้สูงอายุ 1,680,900 คน, 4,014,000 คน, และ 8,011,000 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9, 7.4, และ 11.9 ตามลำดับ และคาดประมาณ ปี พ.ศ. 2573 มีประชากรรวม 70,629,000 คน มีผู้สูงอายุ 17,763,000 คน คิดเป็นร้อยละ 25.1<sup>1</sup> หรือกล่าวได้ว่าปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) เพราะสัดส่วนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด<sup>2</sup> และในอนาคตประเทศไทย มีแนวโน้มเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เพราะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20

ผู้สูงอายุมีร่างกายและระบบต่าง ๆ เสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพ ได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังข้อมูลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 อัมพาต/ อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 ผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสี่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่ดีร้อยละ 21.5 สุขภาพของตนเองไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 2.8<sup>1</sup>

จากผลการวิจัยผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่าด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.2 มีโรคประจำตัวร้อยละ 80.0 มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 18.2 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ 29.3 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.2 มีภาวะสมองเสื่อม<sup>3</sup> และงานวิจัยผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันพื้นฐาน และต่อเนื่อง โดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนสุขภาพจิตและสมรรถภาพสมอง ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม มากกว่าผู้สูงอายุในชุมชน<sup>4</sup> ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจข้างต้น อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาและเป็นความต้องการของพื้นที่ที่ต้องการให้มหาวิทยาลัยร่วมทำวิจัย เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำมาใช้ต่อ ดังนั้นการวิเคราะห์สถานะสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็น เพื่อหาแนวทางพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานะสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ
2. หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

## วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเป็นภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) โดยการสำรวจตามแบบสอบถาม ประชากร คือผู้สูงอายุ ในตำบลประชาธิปไตย อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี มีประมาณ 6,500 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตร  $(Z\alpha_{/2})^2 P(1-P)/d^2$  โดย P คือ ความชุก ของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) เพราะมีค่ามากที่สุด ได้ตัวอย่าง 828 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) พึง พุด สื่อสารภาษาไทยได้ 3)พักอาศัยอยู่ใน ตำบลประชาธิปไตย อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี 4) ได้รับเบี้ยยังชีพจากเทศบาลนครรังสิต เกณฑ์

การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง กรณีเป็น Stroke แล้วมี Aphasia หรือ Amentia เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยเริ่มต้นที่ระดับตำบล ประชาธิปัตย์ จากนั้นสุ่มระดับหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้านสุ่มระดับชุมชน แต่ละชุมชนที่สุ่มได้ สํารวจผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนนั้น จนได้ขนาดตัวอย่างเท่าที่คำนวณได้

**เครื่องมือที่ใช้** ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (Short Form-36: SF-36) ขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งชุด 5 หมวด หมวดที่ 1 สถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หมวดที่ 2 การดูแลผู้สูงอายุและการสร้างศูนย์สุขภาพ หมวดที่ 3 การเข้าถึงอาหารและภาวะโภชนาการ หมวดที่ 4 ผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และหมวดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36

**การตรวจสอบเครื่องมือ** 1) ความตรง (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การวิจัยและปรับแก้ตามคำแนะนำ 2) ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำกลับมาบันทึกเข้าคอมพิวเตอร์เพื่อหาค่า Cronbach's Alpha ได้เท่ากับ 0.76

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามทีละข้อ เปิดโอกาสให้ซักถาม ฝึกซ้อมการสอบถาม โดยการจับคู่สลับกันสอบถามข้อมูล จัดสรรแบบสอบถาม ให้ตามจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยเก็บข้อมูล เดินทางไปบ้านผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง ทักทาย แจ้งว่ามาขอสัมภาษณ์ มอบเอกสารข้อมูลโครงการวิจัย (Information Sheet) สำหรับ

ผู้สูงอายุอ่าน หากอ่านไม่ได้ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลอ่านให้ฟัง ผู้สูงอายุที่สมัครใจ ลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form) จากนั้นเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสอบถาม เป็นการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีต่อคน จากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล รวบรวมจัดส่งให้ทีมวิจัย ใช้เวลาเก็บข้อมูล 3 เดือน

**การวิเคราะห์** สถิติเชิงพรรณนาใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test)

**จริยธรรมการวิจัย** โครงการวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ เลขที่ 188/ 2561 รหัสโครงการวิจัย MTU-EC-CF-2-092/61

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้สูงอายุได้จำนวนรวม 847 คน พบว่าส่วนมากมีลักษณะดังนี้ เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.9 กลุ่มอายุ 60-69 ปีร้อยละ 53.1 อายุเฉลี่ย 69.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.1 ปี อายุน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 96 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 46.4 การพักอาศัยอยู่กับคู่สมสร ร้อยละ 38.6 การศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 59.1 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 71.0 อาชีพเดิมประกอบอาชีพหลักคือรับจ้างทั่วไปร้อยละ 19.2 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 18.4 ปัจจุบันไม่มีรายได้ร้อยละ 23.7 รายได้มาจากเบี้ยยังชีพร้อยละ 31.5 รายได้พอกินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (จำนวน 847 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			7. เดิมท่านประกอบอาชีพหลัก		
ชาย	280	33.1	ทำนา	56	6.6
หญิง	567	66.9	ค้าขาย	156	18.4
2. กลุ่มอายุ (ปี)			รับจ้างทั่วไป	163	19.2
60-69	450	53.1	รับจ้างบริษัท/ โรงงาน	84	9.9
70-79	277	32.7	รับราชการ	52	6.1
80-89	64	7.6	อื่น ๆ	73	8.6

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
90+	5	0.6	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	263	31.1
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	51	6.0	8. ปัจจุบันมีรายได้ต่อเดือน (บาท)		
3. สถานภาพสมรส			ไม่มีรายได้	201	23.7
โสด	78	9.2	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000	151	17.8
คู่	393	46.4	1,001-2,499	132	15.6
หม้าย	313	37.0	2,500-4,999	123	14.5
หย่า	38	4.5	5,000-9,999	117	13.8
แยก	16	1.9	10,000-19,999	72	8.5
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	9	1.1	ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป	37	4.4
4. พักอาศัย			อื่น ๆ	1	0.1
คนเดียว	64	7.6	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	13	1.5
กับคู่สมรส	327	38.6	9. รายได้ส่วนใหญ่		
กับญาติ	99	11.7	ลูกให้ หลานให้	85	10.0
อื่น ๆ	331	39.1	การประกอบอาชีพ	58	6.8
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	26	3.1	บำเหน็จ/ บำนาญ	42	5.0
5. การศึกษาสูงสุด			เบี้ยยังชีพ	267	31.5
ไม่ได้เรียน	91	10.7	ลูกให้+เบี้ยยังชีพ	233	27.5
จบชั้นประถมศึกษา	501	59.1	การประกอบอาชีพ+เบี้ยยังชีพ	47	5.5
จบชั้นมัธยมศึกษา	144	17.0	ลูกให้+หลานให้+เบี้ยยังชีพ	27	3.2
จบสายอาชีพปวส./ ปวช	47	5.6	ลูกให้+การประกอบอาชีพ+เบี้ยยังชีพ	16	1.9
จบมหาวิทยาลัย	39	4.6	หลานให้+เบี้ยยังชีพ	13	1.5
จบนอกระบบ เช่น เปรียญ	2	0.2	อื่น ๆ	37	4.4
อื่น ๆ	7	0.8	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	22	2.6
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	16	1.9	10. รายได้เพียงพอกับรายจ่าย		
6. ปัจจุบันประกอบอาชีพ			ไม่เพียงพอ	299	35.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	601	71.0	พอกินพอใช้/ ไม่มีเหลือเก็บ	439	51.8
ประกอบอาชีพ	234	27.6	มีเหลือเก็บ	48	5.7
อื่น ๆ	1	0.1	อื่น ๆ	1	0.1
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	11	1.3	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	60	7.1

ข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่าส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.3 โดยมีโรคประจำตัว 1 โรคร้อยละ 28.0 รองลงมา มี 2 โรคร้อยละ 20.3 ไม่มีอาการป่วยร้อยละ 86.1 มีอาการป่วยร้อยละ 13.9 ไม่เคยตก/ หกล้มร้อยละ 61.5 เคยตก/ หกล้มร้อยละ 30.8 ผู้ที่หกล้มหกล้ม 1 ครั้งร้อยละ 47.5

รองลงมา 2 ครั้งร้อยละ 19.2 สภาพการมองเห็นในการใช้ชีวิตประจำวัน มองเห็นปกติร้อยละ 35.9 มองเห็นน้อยกว่าปกติร้อยละ 30.2 จักษุแพทย์นัดพบเพราะโรคต่อกระจก ร้อยละ 11.6 วิดก กังวล เครียด มีเล็กน้อยร้อยละ 28.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ โรคประจำตัว อาการป่วย ของผู้สูงอายุ (จำนวน 847 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีโรคประจำตัว			5. สภาพการมองเห็น		
1 โรค	237	28.0	น้อยกว่าปกติ	256	30.2
2 โรค	172	20.3	ปกติดี	304	35.9
3 โรค	104	12.3	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	286	33.8
4 โรค	50	5.9	6. จักษุแพทย์นัดพบด้วยโรค		
5 โรค	5	0.6	ต้อหิน	21	2.5
6 โรค	2	0.2	ต้อกระจก	98	11.6
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	277	32.7	เบาหวานที่จอตา	7	0.8
2. มีอาการป่วย			จอตาเสื่อม	38	4.5
ไม่มีอาการ	729	86.1	โรคอื่น ๆ	30	3.5
1 อาการ	46	5.4	ต้อหิน+ต้อกระจก	6	0.7
2 อาการ	36	4.3	ต้อกระจก+เบาหวานที่จอตา	3	0.4
3 อาการขึ้นไป	36	4.2	ต้อกระจก+จอตาเสื่อม	2	0.2
3. เคยตก/ หกล้ม			เบาหวานที่จอตา+จอตาเสื่อม	2	0.2
ไม่เคย	521	61.5	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	640	75.6
เคย	261	30.8	7. ปัจจุบันมีความวิตกกังวล เครียด		
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	65	7.7	มีมาก	30	3.5
4. จำนวนครั้งที่เคย ตก/ หกล้ม			มีพอสมควร	131	15.5
1 ครั้ง	124	47.5	มีเล็กน้อย	245	28.9
2 ครั้ง	50	19.2	ไม่มี	359	42.4
3 ครั้งขึ้นไป	50	19.1	อื่น ๆ	1	0.2
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	37	14.2	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	81	9.6

พฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนมากไม่ได้นอนกลางวัน ร้อยละ 53.7 กลางคืนหลับสบายดีร้อยละ 58.3 แหล่งอาหารที่รับประทานในครอบครัวได้มาจากการทำเองร้อยละ 52.7 การใส่เครื่องปรุงรส ขณะต้ม แกง ผัด ทอด ใส่บางครั้งร้อยละ 48.6 ใส่ประจำร้อยละ 22.1 ชั้บถ่ายอุจจาระ (ลักษณะอุจจาระ) ปกติร้อยละ 77.7 อุจจาระผูก (แข็งไม่ค่อยถ่าย) ร้อย

ละ 18.3 อุจจาระร่วง (เหลว/ น้ำ  $\geq 3$  ครั้ง/ วัน) ร้อยละ 0.8 ออกกำลังกายร้อยละ 51.2 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 91.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 0.7 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ไวน์ เบียร์ เหล้า ยาตอง เหล้า อื่น ๆ) ร้อยละ 86.4 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 6.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ (จำนวน 847 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. กลางวันนอน (ชั่วโมง)			5. การชั้บถ่ายอุจจาระ		
ไม่ได้นอน	455	53.7	อุจจาระผูก	155	18.3
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	88	10.4	อุจจาระร่วง	7	0.8
หนึ่งชั่วโมงขึ้นไป	304	35.9	ปกติ	658	77.7
			อื่น ๆ	3	0.4
			ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	24	2.8

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
2. นอนหลับสบาย			6. ออกกำลังกาย		
ไม่ค่อยหลับ	267	31.5	ไม่ได้ออกกำลังกาย อยู่บ้านเฉย ๆ	231	27.3
หลับสบายดี	494	58.3	ไม่ได้ออกกำลังกาย แต่ทำงาน	149	17.6
อื่น ๆ	20	2.4	ออกกำลังกาย	434	51.2
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	66	7.8	อื่น ๆ	1	0.1
3. แหล่งอาหาร			ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	32	3.8
ซื้อมา	112	13.2	7. สูบบุหรี่		
ทำเอง	446	52.7	สูบ	6	0.7
ซื้อ และทำเอง	6	0.7	ไม่สูบ	775	91.5
อื่น ๆ	273	32.2	อื่น ๆ	53	6.3
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	10	1.2	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	13	1.5
4. ใส่ถุงชูรส เครื่องปรุงรส			8. ดื่มแอลกอฮอล์		
ใส่ประจำ	187	22.1	ดื่ม	53	6.3
ใส่บางครั้ง	412	48.6	ไม่ดื่ม	732	86.4
ไม่ใส่	188	22.2	อื่น ๆ	29	3.4
อื่น ๆ	2	0.2	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	33	3.9
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	58	6.8			

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มไม่ต้องการความช่วยเหลือร้อยละ 89.1 จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือร้อยละ 3.3 ต้องการความช่วยเหลือบ้างร้อยละ 2.8 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนร้อยละ 52.4 ไม่เป็นสมาชิก (ชมรม กองทุน กลุ่มต่าง ๆ)

ร้อยละ 65.5 ไม่เป็นตัวแทนหรือไม่มีตำแหน่งร้อยละ 87.0 ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมร้อยละ 52.9 ส่วนที่อยากเข้าร่วมร้อยละ 42.9 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในชุมชน (จำนวน 847 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1.จัดเป็นกลุ่มประเภทใด			3. เป็นสมาชิก (ชมรม กองทุน กลุ่มอื่น ๆ)		
จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ	28	3.3	ไม่เป็น	555	65.5
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	24	2.8	เป็น	253	29.9
ไม่ต้องการความช่วยเหลือ	755	89.1	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	39	4.6
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	40	4.7	4. เป็นตัวแทนหรือมีตำแหน่ง		
2. มีส่วนร่วมในชุมชน			ไม่เป็น	737	87.0
ไม่เข้าร่วม	309	36.5	เป็น	87	10.3
เข้าร่วมบางกิจกรรม	290	34.2	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	23	2.7
เข้าร่วมทุกกิจกรรม	154	18.2	5. ร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์		
อื่น ๆ	7	0.8	อยาก	363	42.9
ไม่ทราบ / ไม่ตอบ	87	10.3	ไม่อยาก	448	52.9
			ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	36	4.3

ความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนมากในครอบครัว ผู้สูงอายุไม่ต้องการส่งสมาชิกเข้ารับการอบรมร้อยละ 75.6 แต่ที่ต้องการร้อยละ 16.9 สถานที่จัดอบรมถ้าจัดที่ศูนย์บริการปฐมภูมิตอบว่าสะดวกร้อยละ 61.2 ระยะเวลาจัดอบรมที่เหมาะสม 1 วันร้อยละ 29.0 ไม่ต้องการให้มีบุคลากรมาเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านร้อยละ 62.2 ต้องการร้อยละ 19.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ต้องการเข้ารับการอบรมรับความรู้เกี่ยวกับการดูแล

ผู้สูงอายุร้อยละ 65.3 ต้องการร้อยละ 9.9 ถ้าเทศบาลนครรังสิต สร้างศูนย์สุขภาพ ส่วนมากตอบว่าเห็นด้วยร้อยละ 74.6 ความต้องการให้ศูนย์สุขภาพมีกิจกรรม (โดยเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ส่วนมากตอบว่าอยากให้มีการตรวจสุขภาพและให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและกิจกรรมออกกำลังกายร้อยละ 9.9 รองลงมาบริการตรวจสุขภาพร้อยละ 8.6 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความต้องการของผู้สูงอายุ (จำนวน 847 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ส่งสมาชิกมาเข้ารับการอบรม			4. ต้องการให้มีบุคลากรมาเยี่ยม		
ไม่ส่ง	640	75.6	ไม่ต้องการ	527	62.2
ส่ง	143	16.9	ต้องการ	162	19.1
ไม่ตอบ	64	7.6	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	158	18.7
2. สถานที่ จัดที่ศูนย์บริการปฐมภูมิ			5. ผู้ดูแลต้องการเข้ารับการอบรม		
สะดวก	518	61.2	ไม่ต้องการ	553	65.3
ไม่สะดวก	263	31.1	ต้องการ	84	9.9
ไม่ตอบ	64	7.6	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	210	24.8
3. ระยะเวลา			6. การสร้างศูนย์สุขภาพ		
1 วัน	246	29.0	เห็นด้วย	632	74.6
2 วัน	80	9.4	ไม่เห็นด้วย	108	12.8
3 วัน	46	5.4	ไม่แน่ใจ	37	4.4
อื่น ๆ	109	12.9	อื่น ๆ	18	2.1
ไม่ตอบ	366	43.2	ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	52	6.1

คุณภาพชีวิตตามแบบ SF-36 ผู้สูงอายุส่วนมากตอบว่าสุขภาพพอใช้ร้อยละ 47.1 รองลงมาสุขภาพดีร้อยละ 37.7 สุขภาพ

เมื่อเทียบกับปีที่แล้วเหมือนกับเมื่อปีที่แล้วร้อยละ 45.5 รองลงมาสุขภาพค่อนข้างแย่กว่าปีที่แล้วร้อยละ 19.8 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (จำนวน 847 คน)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. สุขภาพโดยทั่วไปในขณะนี้			2. สุขภาพ เมื่อเทียบกับปีที่แล้ว		
ดีเลิศ	8	0.9	ดีกว่าปีที่แล้ว	92	10.9
ดีมาก	48	5.7	ค่อนข้างดีกว่าปีที่แล้ว	151	17.8
ดี	319	37.7	เหมือนกับเมื่อปีที่แล้ว	385	45.5
พอใช้	399	47.1	ค่อนข้างแย่กว่าปีที่แล้ว	168	19.8
ไม่ดี	57	6.7	แย่กว่าปีที่แล้ว	26	3.1
ไม่ทราบ/ ไม่ตอบ	16	1.9	ไม่ตอบ	25	3.0

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สถานภาพสมรส (P-value 0.022) การนอนหลับ (P-value < 0.01) การออกกำลังกาย

(P-value 0.012) ปัจจุบันมีความวิตกกังวล เครียด (P-value < 0.01) การมีส่วนร่วมในชุมชน (P-value < 0.01) และการใส่เครื่องปรุรง (P-value 0.002) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

รายการ	สุขภาพ				p-value
	ดีมาก-ดีเลิศ	ดี	พอใช้	ไม่ดี	
1. เพศ					
ชาย	18	109	126	24	0.720
หญิง	38	210	273	33	
2. กลุ่มอายุ (ปี)					
60-69	32	177	225	29	0.567
70-79	20	110	123	18	
80+	4	22	36	7	
3. สถานภาพสมรส					
โสด	8	19	46	5	0.022
คู่	27	182	159	19	
หม้าย หย่า แยก	21	116	188	33	
4. การนอนหลับ					
ไม่ค่อยหลับ	8	85	140	30	< 0.01
หลับสบายดี	42	209	216	19	
5. การออกกำลังกาย					
ไม่ออก อยู่บ้านเฉย ๆ	14	77	112	21	0.012
ไม่ออก แต่ทำงาน	5	56	70	15	
ออกกำลังกาย	35	173	206	18	
6. การสูบบุหรี่					
สูบ	6	21	28	3	0.356
ไม่สูบ	49	295	367	53	
7. การดื่มแอลกอฮอล์ดื่ม					
ดื่ม	4	22	23	3	0.567
ไม่ดื่ม	50	278	343	51	
8. ปัจจุบันมีความวิตกกังวล เครียด					
มีมาก	1	8	12	9	< 0.01
มีพอสมควร	3	36	75	14	
มีเล็กน้อย	13	98	120	244	
ไม่มี	36	143	164	354	
9. การมีส่วนร่วมในชุมชน					
ไม่เข้าร่วม	14	107	152	27	< 0.01
เข้าร่วมบางกิจกรรม	18	117	138	15	
เข้าร่วมทุกกิจกรรม	20	73	57	4	
10. การใส่เครื่องปรงรส					
ใส่ประจำ	7	65	94	16	0.002
ใส่บางครั้ง	27	154	205	23	
ไม่ใส่	15	90	72	10	

## วิจารณ์

จากการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามผู้สูงอายุได้จำนวนรวม 847 คน พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 66.9 เพศชายร้อยละ 33.1 คล้ายกับรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557<sup>5</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 54.9) แต่แตกต่างในเรื่องข้อมูลสัดส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง ของเขตเทศบาลนครรังสิต (เขตเมือง) มากกว่าสัดส่วนเพศหญิงของประเทศ ส่วนมากอยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปีร้อยละ 53.1 อายุเฉลี่ย 69.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.1 ปี อายุน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 96 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น คล้ายกับรายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557<sup>5</sup> ที่ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 56.5

สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นคู่ร้อยละ 46.4 หม้ายหย่า แยก รวมกันร้อยละ 43.4 แตกต่างจากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557<sup>5</sup> สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.4 หม้าย หย่า แยก รวมกันร้อยละ 33.4 อภิพรายได้ว่าเขตเมือง อยู่เป็นคู่น้อยกว่า และหม้าย หย่า แยก รวมกันมีมากกว่าของระดับประเทศ ปัจจุบันส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 71.0 ยังประกอบอาชีพอยู่ร้อยละ 27.6 อาชีพเดิมส่วนมากประกอบอาชีพหลักคือรับจ้างทั่วไปร้อยละ 19.2 ซึ่งน้อยกว่ารายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557<sup>5</sup> (ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพอยู่ร้อยละ 39.5) ปัจจุบันส่วนมากไม่มีรายได้ร้อยละ 23.7 รองลงมารายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาทร้อยละ 17.8 และรายได้ 1,001 - 2,499 บาทร้อยละ 15.6 ซึ่งต่ำกว่าเส้นความยากจน ของจังหวัดปทุมธานี ปี 2556 เท่ากับ 2,818 บาท/เดือน<sup>6</sup> คล้ายกับรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 รายได้ส่วนมากมาจากเบี้ยยังชีพร้อยละ 31.5 รายได้พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บร้อยละ 51.8 ซึ่งแตกต่างจากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557<sup>5</sup> ที่ผู้สูงอายุส่วนมากมีรายได้มาจากลูกให้ร้อยละ 35.7 รองลงมาเป็นการประกอบอาชีพร้อยละ 34.3 งานวิจัยอื่นพบว่าผู้สูงอายุที่มีงานทำและได้เงินทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>7</sup>

ข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่าส่วนมากมีโรคประจำตัวร้อยละ 67.3 มีโรคประจำตัว 1 โรคร้อยละ 28.0 ส่วนอาการป่วยส่วนมากตอบว่าไม่มีอาการป่วยร้อยละ 86.1 ส่วนที่มีอาการป่วยส่วนมากมี 1 อาการร้อยละ 5.4 แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนมากป่วยมีโรคประจำตัว งานวิจัยในประเทศเกาหลี พบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อเข่า และโรคหัวใจ ส่วนจำนวนผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง ได้แก่ โรคมะเร็ง และโรคปอด<sup>8</sup> งานวิจัย

ที่ไอแลนเปอร์โตริกัน พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงสุขภาพแยกว่าเพศชาย<sup>9</sup> ส่วนมากไม่เคยตก/ หกล้ม ร้อยละ 61.5 หกล้ม ร้อยละ 30.8 ผู้ที่หกล้มส่วนมากหกล้ม 1 ครั้งร้อยละ 47.5 แสดงว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการหกล้ม เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555<sup>10</sup> ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการหกล้มร้อยละ 8.6 แสดงว่างานวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุเคยหกล้มมากกว่าระดับประเทศ นอกจากนี้งานวิจัยอื่น พบว่าเกิดการบาดเจ็บร้อยละ 15<sup>11</sup> หากจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเป็นเวลา 4 ปี อัตรารอดชีพ (survival rate) คือการมีชีวิตอยู่รอดนานขึ้นโดยเพิ่มจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 89<sup>12</sup>

สภาพการมองเห็นในการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่าส่วนมากมองเห็นปกติร้อยละ 35.9 มองเห็นน้อยกว่าปกติร้อยละ 30.2 จักษุแพทย์นัดพบเพราะเป็นต้อกระจกร้อยละ 11.6 แสดงว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการมองเห็น คล้ายกับรายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555<sup>10</sup> ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการมองเห็นร้อยละ 47.4 สำหรับด้านจิตใจในปัจจุบันส่วนมากไม่มีความวิตกกังวล เครียด ร้อยละ 42.4 ส่วนที่มีส่วนมากมีความวิตกกังวล เครียด ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 28.9 งานวิจัยอื่นพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับท้องผูก<sup>13</sup>

พฤติกรรมสุขภาพ ส่วนมากไม่ได้นอนกลางวัน ร้อยละ 53.7 แต่นอนกลางวันร้อยละ 46.3 ในเวลากลางคืนหลับสบายดีร้อยละ 58.3 แหล่งอาหารที่รับประทานในครอบครัวได้มาจากการทำเองร้อยละ 52.7 ส่วนเรื่องการใส่เครื่องปรุงรส ขณะต้ม แกง ผัด ทอด ใส่บางครั้งร้อยละ 48.6 ส่วนที่ใส่ประจำร้อยละ 22.1 ขับถ่ายอุจจาระ (ลักษณะอุจจาระ) ปกติร้อยละ 77.7 ออกกำลังกายร้อยละ 51.2 สูบบุหรี่ร้อยละ 0.7 ดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น ไวน์ เบียร์ เหล้า ยาตองด้วยเหล้าอื่น ๆ) ร้อยละ 6.3 สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับสูง มีการเลิกหรือลดการสูบบุหรี่ จำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ บริโภคอาหารที่เหมาะสม และใส่ใจการดูแลสุขภาพ<sup>14</sup> เปรียบเทียบกับรายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553<sup>1</sup> ผู้สูงอายุออกกำลังกายร้อยละ 33 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2551 ที่ผู้สูงอายุสูบบุหรี่ร้อยละ 18 ดื่มสุราร้อยละ 21.5 การวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุออกกำลังกายมากกว่า แต่สูบบุหรี่น้อยกว่า และดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า

สำหรับการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นกลุ่มที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือ (Active ageing) ร้อยละ 89.1 รอง

ลงมาเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ (Need help) ร้อยละ 3.3 และต้องการความช่วยเหลือบ้าง (Need a little help) ร้อยละ 2.8 มีงานวิจัยอื่น พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 1.8<sup>15</sup>

การมีส่วนร่วมในชุมชน พบว่าส่วนมากไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนร้อยละ 36.5 แต่ไปร่วมงานบุญในชุมชน ร้อยละ 66.7 ไม่เป็นสมาชิกของชมรม กองทุน กลุ่มต่าง ๆ ร้อยละ 65.5 ไม่เป็นตัวแทนร้อยละ 87.0 ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมสังคมร้อยละ 52.9 อยากเข้าร่วมร้อยละ 42.9 การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม พบว่าส่วนมากเข้าร่วมปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 6.3 ส่วนมากไม่ได้ถ่ายทอดให้ผู้อื่นร้อยละ 36.1 ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนมากตอบว่าสิ่งแวดล้อมดีไม่มีปัญหาร้อยละ 73.8 การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนมากในครอบครัวผู้สูงอายุ ไม่ต้องการส่งสมาชิกเข้ารับการอบรมร้อยละ 75.6 ต้องการส่งสมาชิกเข้ารับการอบรมร้อยละ 16.9 สถานที่จัดอบรม ถ้าจัดที่ศูนย์บริการปฐมภูมิส่วนมากตอบว่าสะดวกร้อยละ 61.2 ระยะเวลาจัดอบรมที่เหมาะสม ส่วนมากตอบว่า 1 วัน ร้อยละ 29.0

เมื่อถามว่าถ้าเทศบาลนครรังสิต สร้างศูนย์สุขภาพ มีความคิดเห็นอย่างไร ส่วนมากตอบว่าเห็นด้วยร้อยละ 74.6 ความต้องการให้ศูนย์สุขภาพมีกิจกรรมใดบ้าง (โดยเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ส่วนมากตอบว่าจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพ และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ และกิจกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 9.9 รองลงมาให้บริการตรวจสุขภาพร้อยละ 8.6 แสดงว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญและสนใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง

ผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย มีจำนวน 52 คน (ร้อยละ 6.1) ต้องการให้มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มาเยี่ยมผู้ป่วยร้อยละ 19.1 ผู้ดูแลต้องการเข้ารับการอบรมรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 9.9

คุณภาพชีวิตตามแบบ SF-36 ผู้สูงอายุส่วนมากตอบว่าสุขภาพพอใช้ร้อยละ 47.1 รองลงมาสุขภาพดีร้อยละ 37.7 สุขภาพเมื่อเทียบกับปีที่แล้วส่วนมากเหมือนกับเมื่อปีที่แล้ว ร้อยละ 45.5 รองลงมาสุขภาพค่อนข้างแย่กว่าปีที่แล้ว ร้อยละ 19.8

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามี 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) สถานภาพสมรส (P-value 0.022) จากข้อมูลสถานภาพสมรสคู่ส่วนมากมีสุขภาพดี แต่โสด และหม้าย หย่า แยก ส่วนมากสุขภาพพอใช้ อาจเพราะมีการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน 2) การนอนหลับ (P-value < 0.01) คนที่นอนหลับสบายดีมีสุขภาพดีกว่าคนที่นอนไม่ค่อยหลับ เพราะการนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีร่างกายได้พักผ่อน ส่งผลให้สุขภาพดี 3) การออกกำลังกาย (P-value 0.012) คนที่ออก

กำลังกายมีสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก-ดีเลิศ และดี (ร้อยละ 48.2) มากกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย อยู่บ้านเฉย ๆ (ร้อยละ 40.6) และคนที่ไม่ออกกำลังกาย แต่ทำงาน (ร้อยละ 41.8) 4) ปัจจุบันมีความวิตกกังวล เครียด (P-value < 0.01) หากมีพอสมควร มีผลต่อสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก-ดีเลิศ และดี (ร้อยละ 30.5) ซึ่งมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ 5) การมีส่วนร่วมในชุมชน (P-value < 0.01) คนที่เข้าร่วมทุกกิจกรรมมีสุขภาพดีมาก-ดีเลิศ และดี (ร้อยละ 60.4) และคนที่เข้าร่วมบางกิจกรรมมีสุขภาพดีมาก-ดีเลิศ และดี (ร้อยละ 46.9) ซึ่งมากกว่าคนที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 40.3) และ 6) การใส่เครื่องปรงรส (P-value 0.002) คนที่ไม่ใส่เครื่องปรงรส มีสุขภาพดีมาก-ดีเลิศ และดี (ร้อยละ 56.2) มากกว่าคนที่ใส่บางครั้ง (ร้อยละ 44.3) และใส่ทุกครั้ง (ร้อยละ 39.6)

### สรุป

จากการศึกษานี้ ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ส่วนมากมีลักษณะคล้ายกับผลการสำรวจระดับประเทศ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุช่วงต้นของวัยสูงอายุ สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส สิ่งที่แตกต่างจากการสำรวจระดับประเทศ คือผู้สูงอายุประกอบอาชีพและมีรายได้มาจากลูกหลานให้ แต่การวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้มาจากเบี้ยยังชีพ

**สถานะสุขภาพ** ผู้สูงอายุเกือบสองในสามป่วยมีโรคประจำตัว เกือบหนึ่งในสามของผู้สูงอายุเคยตก/หกล้ม และเกือบหนึ่งในสามมองเห็นน้อยกว่าปกติ ด้านจิตใจในปัจจุบัน ส่วนมาก ไม่มีความวิตกกังวล เครียด ส่วนที่มีส่วนมากมีความวิตกกังวล เครียด ระดับเล็กน้อย พฤติกรรมส่วนมากไม่ได้นอนกลางวัน ส่วนกลางคืนหลับสบายดี แหล่งอาหารที่รับประทานในครอบครัวส่วนมากได้มาจากการทำเอง ส่วนเรื่องการใส่เครื่องปรงรส ขณะต้ม แกง ผัด ทอด ส่วนมากใส่บางครั้ง ขับถ่ายอุจจาระปกติ ประมาณครึ่งหนึ่งออกกำลังกาย สิบบุหรี่ย้อยละ 0.7 ต้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 6.3 กลุ่มไม่ต้องการความช่วยเหลือ : จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ : ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เท่ากับ 89.1 : 3.3 : 2.8 ตามลำดับ ข้อมูลด้านชุมชน ส่วนมากไม่เข้าร่วมกิจกรรม แต่นิยมไปร่วมงานบุญ ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มใด ๆ ไม่เป็นตัวแทน ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 52.9 ที่อยากเข้าร่วมร้อยละ 42.9 การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมเข้าร่วมปีละ 2 ครั้ง และไม่ได้ถ่ายทอดให้ผู้อื่น ด้านสิ่งแวดล้อมดีไม่มีปัญหา

**ความต้องการด้านสุขภาพ** ในครอบครัวผู้สูงอายุ ต้องการส่งสมาชิกเข้ารับการอบรมร้อยละ 16.9 สถานที่จัดอบรม ถ้าจัดที่ศูนย์บริการปฐมภูมิส่วนมากตอบว่าสะดวกน่าจะเพราะใกล้บ้าน ระยะเวลาจัดอบรมที่เหมาะสมส่วนมาก

ตอบว่า 1 วัน ถ้าเทศบาลนครวังลิศสร้างศูนย์สุขภาพมีความเห็นว่าเห็นด้วยร้อยละ 74.6 ความต้องการให้ศูนย์สุขภาพมีกิจกรรมบริการตรวจสุขภาพและให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ และกิจกรรมออกกำลังกาย รองลงมาบริการตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุติดเตียงและเจ็บป่วยระยะสุดท้าย มีจำนวน 52 คน หนึ่งในห้าต้องการให้มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการเข้ารับการอบรมรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10

**คุณภาพชีวิต (SF-36)** ผู้สูงอายุตอบว่าสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ดี ไม่ดี ดีมาก ดีเลิศ ร้อยละ 47.1, 37.7, 6.7, 5.7 และ 0.9 ตามลำดับ

**ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ** พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สถานภาพสมรส การนอนหลับ การออกกำลังกาย ปัจจุบันมีความวิตกกังวล เครียด การมีส่วนร่วมในชุมชน และการใส่เครื่องปรงรส

#### ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ สร้างศูนย์สุขภาพ และจัดกิจกรรมอย่างหลากหลายควรนำไปใช้กำหนดเป็นนโยบาย วางแผน จัดทำโครงการ/ กิจกรรมควรนำไปเป็นฐานข้อมูล สำหรับใช้ประโยชน์ต่อไปในอนาคต ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อลดปัญหา มีการประสานงานการทำงานร่วมกันในพื้นที่ ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เห็นบริบทของชุมชน ช่วยในการวิเคราะห์ชุมชนได้รอบด้านมากขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2553.
2. ศรีเมือง พลังฤทธิ์. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่เกิดขึ้น. ใน: วิวัฒน์ พุทธวรรณไชย, บรรณาธิการ. กายเหนือวัย ใจเหนือกาลเวลา: เคล็ดลับชลอวัย ด้วยเวชศาสตร์อายุรวัฒน์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553. หน้า 1-20.

3. วิมล วงศ์หนู, ผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2552;33(4):28-37.
4. ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธิพันธ์ สุบินดี, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ อีรานุตร, และคณะ. ภาพสุขภาพผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2555;35(2):15-33.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557; 2557.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ความยากจน รายได้ และรายจ่ายครัวเรือน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/15481/18817.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/15481/18817.pdf)
7. จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, มะลิวรรณ คิลาร์ตัน, เจียมจิตแสงสุวรรณ, สุวรรณ บุญยะสีพรรณ, ประสบสุขศรีแสนปาง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ทำงานในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559;34(2):41-8.
8. Park JM. Health status and health services utilization in elderly Koreans. Int J Equity Health [Internet]. 2014 Aug [cited 2020 Mar 8];13:73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4169642/>.
9. Perez C, Ailshire JA. Aging in Puerto Rico: a comparison of health status among Island Puerto Rican and Mainland U.S. older adults. SAGE Journals [Internet]. 2017 Sep [cited 2020 Mar 8];29(6):1056-78. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0898264317714144>
10. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2555.

11. Towne SD, Cho J, Smith ML. Factors associated with injurious falls in residential care facilities. *Journal of aging and health* [Internet]. 2017 June [cited 2020 Mar 8];29(4):669-87. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0898264316641083>
  12. Suarez S, Pesantez RF, Diaz Me. Impact on hip fracture mortality after the establishment of an orthogeriatric care program in a Colombian hospital. *Journal of aging and health* [Internet]. 2017 May [cited 2020 Mar 8];29(3):474-88. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0898264316636839>
  13. จันทร์อำภา ธนธรรมสถิตย์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2559;34(4):28-35.
  14. ปิ่นทิพย์ นาคดำ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, กันตพร ยอดไชย, บัทยา โลหเจริญวิช. พฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2552;32(2):80-9.
  15. นัดดา คำนิยม, วรณภา ศรีธัญรัตน์. ความต้องการชุดบริการการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2559;34(3):125-31.
-