



บทที่ 1

บทนำ

### ความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางประชากร โดยเฉพาะการลดอัตราการเกิดและอัตราการตาย ได้ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างอายุของประชากร กล่าวคือ สัดส่วนของประชากรในวัยเด็กจะลดลง ขณะเดียวกัน สัดส่วนของผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มจำนวนและสัดส่วนมากขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางด้านอัตราการลดอัตราการตาย โดยวิธีการทางด้าน การแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงการนันทนาการด้านต่าง ๆ และปัจจัยทางด้านอัตราการเกิด

ในช่วงแรก ๆ นั้น การลดอัตราการตายในประเทศต่าง ๆ ยังไม่มีผลทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะผลของการลดอัตราการตายนี้นั้นมักให้ประโยชน์กับกลุ่มอายุน้อย ๆ โดยเฉพาะในเด็กทารกเสียเป็นส่วนใหญ่ ส่วนกลุ่มอายุสูง ๆ ได้รับผลเพียงส่วนน้อยเท่านั้น จึงกล่าวได้ว่าการลดอัตราการตายในช่วงแรก ๆ มีผลให้มีเด็กรอดชีวิตมากขึ้น สัดส่วนของประชากรวัยเด็กจึงสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุและวัยแรงงาน แต่เมื่อกลุ่มเด็กที่มีสัดส่วนมากเหล่านี้เติบโตขึ้นและย่างเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่วนการลดลงของอัตราการเกิด ทำให้ประชากรวัยเด็กมีจำนวนลดน้อยลง ซึ่งมีผลทำให้สัดส่วนของประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็ก ดังนั้น ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ก็คือ การลดลงของอัตราการเกิด และปฏิสัมพันธ์ระหว่างการลดลงของอัตราการเกิดและการลดลงของอัตราการตาย ( Cowgill 1976 : 370 - 371 )

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี ค.ศ.1982 องค์การสหประชาชาติได้แสดงตัวเลขประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ.1950 มีประมาณ 200 ล้านคน และเพิ่มเป็น 350 ล้านคน ในปี ค.ศ.1973 และคาดว่าจะมีถึง 490 ล้านคนในปี ค.ศ.2000 และมากกว่า 1000 ล้านคน ในปี ค.ศ.2025

สำหรับในประเทศไทย ความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัว ประกอบกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้สามารถควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ให้ลดลงสู่ระดับต่ำอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำมาสู่มิติใหม่ของปัญหาประชากร นั่นคือ ปัญหาของผู้สูงอายุ แม้ว่าประเทศไทยจะมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา สวีเดน หรือญี่ปุ่น แต่ขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเท่าที่ผ่านมาก็สูงขึ้นเรื่อย ๆ กล่าวคือ จากข้อมูลของสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2503 และ 2523 พบว่าประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีและมากกว่า) เพิ่มจาก 1.2 ล้านคนเป็น 2.4 ล้านคน หรือเพิ่มจากร้อยละ 4.6 เป็นร้อยละ 5.5 (เนภาพร ชัยวรธรรม 2528 : 2 - 3) และจากการคาดประมาณประชากรในประเทศไทย โดยคณะกรรมการประมาณประชากร (2529) คาดว่าในปี พ.ศ. 2530 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 5.8 และในอีก 25 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.9 ตามลำดับ นั่นคือ ขนาดของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในเวลา 20 ปี คือเพิ่มจาก 3.1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2530 เป็น 5.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2550 (เนภาพร ชัยวรธรรม และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ 2530 : 1)

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จะมีความสำคัญต่อความสามารถในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่พ้นจากวัยที่สามารถประกอบกิจการงานในเชิงเศรษฐกิจ เข้าสู่วัยเป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่น และก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการสวัสดิการด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุตามมา ซึ่งได้แก่ปัญหาการให้บริการด้านสุขภาพ โภชนาการ ปัญหาที่อยู่อาศัย ปัญหาความปลอดภัย และปัญหาการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์

โดยปกติผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน เช่นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพร่างกายนั้น ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากปัญหาสุขภาพของประชากรกลุ่มอื่น ทั้งนี้เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยเสื่อมแห่งสภาพร่างกาย ขาดความต้านทานโรค ติดโรคได้ง่าย และถ้าเจ็บป่วยจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน อาการจะเรื้อรัง (ธีระ สุขวัฒน์ 2523 : 72) ลักษณะโรคภัยไข้เจ็บจะเปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรังและเกิดความพิการขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดทักษะหรือความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มักจะมีความเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยเป็นสิ่งปกติซึ่งเป็นผลมาจากการสูงอายุเอง ทำให้ไม่พยายามที่จะไปรับความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการทำให้สุขภาพตนเองเสื่อมโทรมเร็วขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุบางส่วนที่ต้องการความช่วยเหลือแต่ขาดความรู้ถึงแหล่งให้บริการ หรือบางรายไม่สามารถเดินทางไป

รับบริการนั้นๆ ได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากยิ่งขึ้น ( กุลยา ตันติผลาชีวะ 2524 : 168 - 169 )

จากการศึกษาของสุมาลัย โทมัส ( 2531 : 75 ) โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ในบรรดาเอกสารที่ทำการศึกษา 233 ชิ้น มีเนื้อหาด้านอนามัยของผู้สูงอายุปรากฏอยู่มากที่สุดถึงร้อยละ 79.8 โดยมีเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุดที่เป็นเช่นนั้นเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่เด่นชัด และมีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย

ในรายงานเบื้องต้นของโครงการ SECAPT ( นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย 2532:2 ) พบว่า ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันประสบปัญหาหลักอยู่ 2 ประการ คือ ปัญหาความยากจนหรือปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุรายงานว่าปัญหาสำคัญที่สุดที่ประสบอยู่ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 34 มีปัญหาสุขภาพทางกาย และอีกร้อยละ 13 มีปัญหาสุขภาพทางใจ

จากความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงทำให้นักสนใจศึกษาในรายละเอียดถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยจะพยายามอธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวัดด้วยดัชนีภาวะสุขภาพซึ่งสร้างจากมาตรการต่างๆ ที่สะท้อนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

## แนวคิดเชิงทฤษฎีและกรอบแนวคิดในการศึกษา

Whaley ( 1972:6-8 ) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของปัจเจกบุคคลว่าจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบทางพันธุกรรม ( Heredity ) หมายถึง การสืบทอดลักษณะต่างๆ ของพ่อแม่ไปสู่ลูกหลาน พันธุกรรมจึงเป็นตัวกำหนดลักษณะต่างๆ ของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิด ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม จึงเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยมาตั้งแต่เกิด ซึ่งยากที่จะแก้ไขให้คืนสู่สภาพปกติได้

2. องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม ( Environment ) มีอิทธิพลต่อชีวิตตั้งแต่แรกเกิด และเป็นสิ่งที่มนุษย์เราสามารถที่จะปรับปรุงแก้ไขและเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมได้ สิ่งแวดล้อมจึงมีทั้งคุณและโทษต่อมนุษย์ สิ่งแวดล้อมดังกล่าว ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม สภาพสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรม มีมลภาวะย่อมก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพและเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

3. องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ( Health Behavior ) ซึ่งหมายถึง สิ่งที่คุณคนกระทำหรือปฏิบัติ โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีแก่ตนเอง พฤติกรรมสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้เช่นเดียวกับสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีพฤติกรรมที่ขาดความสะอาด ประมาทในการปฏิบัติงาน ประมาทในการกิน การนอน การออกกำลังกาย ย่อมก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมแก่สุขภาพ และเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้

4. องค์ประกอบด้านการบริการสาธารณสุข ( Public Health ) เป็นความพยายามที่จะทำให้ชีวิตมนุษย์ยืนยาวขึ้น โดยการจัดให้มีการบริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

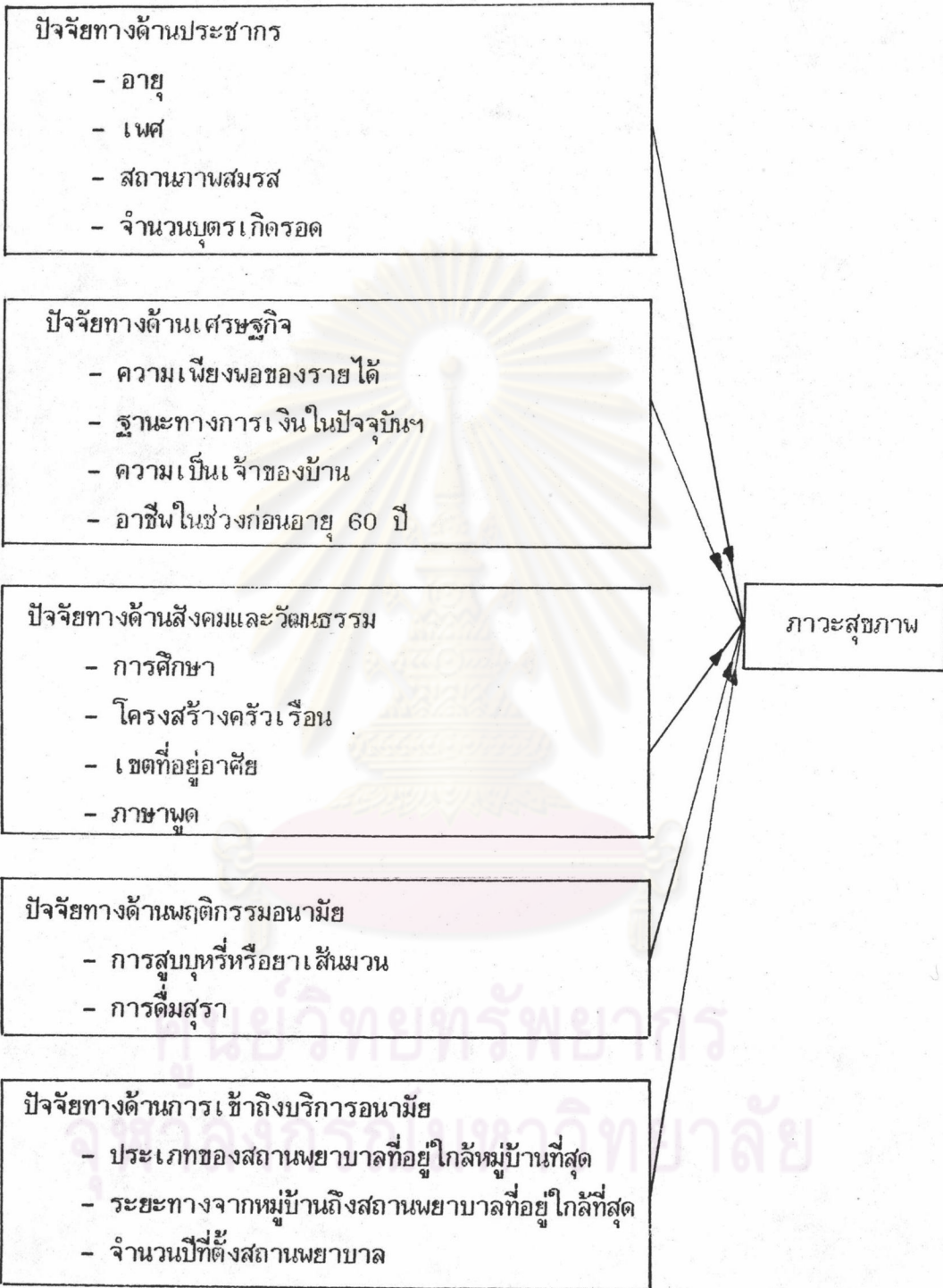
แผนภาพแสดงถึงองค์ประกอบของสุขภาพ



ผู้ศึกษาได้นำแนวความคิดดังกล่าวข้างต้น มาประยุกต์เป็นกรอบของการศึกษาในเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยในการศึกษาคั้งนี้ จะศึกษาเฉพาะองค์ประกอบ ทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการบริการสาธารณสุขเท่านั้น ส่วนองค์ ประกอบทางด้านพันธุกรรมนั้น ในผู้สูงอายุไทยที่ศึกษาน่าจะมีลักษณะทางพันธุกรรมที่ไม่แตกต่างกัน รวมถึงการขาดข้อมูลในเรื่องดังกล่าว ทำให้ไม่สามารถนำเข้ามาในการศึกษาคั้งนี้ได้

ดังนั้น ในการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงกำหนดตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะ สุขภาพ ดังแบบจำลองต่อไปนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญมากเรื่องหนึ่งของผู้สูงอายุ จากการศึกษาผลงานวิจัยทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ การศึกษาในต่างประเทศนั้นพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังคงมีปัญหาสุขภาพ และมีความต้องการการดูแลรักษาทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ประเมินสุขภาพด้วยตนเอง สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศยังมีอยู่น้อย และผลงานการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในประเทศไทย มักจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนเอกสารทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ มักจะเป็นบทความสั้นๆ ที่เขียนโดยผู้ประกอบอาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นการใช้ให้เห็นอย่างกว้างๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสารการวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศนั้น ผู้ศึกษาได้แบ่งผลงานวิจัยที่ทบทวนออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. วิธีต่างๆ ที่ใช้วัดภาวะสุขภาพ
2. ระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามลักษณะภูมิหลังของผู้สูงอายุ

### 1. วิธีต่าง ๆ ที่ใช้วัดภาวะสุขภาพ

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับวิธีต่างๆ ที่ใช้วัดภาวะสุขภาพของบุคคล ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

Belloc, et al. ( 1971 ) ได้ทำการศึกษาเพื่อวัดสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชากรเมืองอลามาตา รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ซึ่งเก็บข้อมูลในปี ค.ศ. 1965 โดยได้แบ่งสุขภาพกายออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คือ

1. การไร้สมรรถภาพ ( Disability ) ได้แก่การมีปัญหช่วยเหลือตนเองในเรื่องการให้อาหาร ( feeding ) การแต่งตัว ( dressing ) การขึ้นบันได การลุกเดินไปไหนมาไหน การออกนอกบ้าน หรือการไม่สามารถทำงานได้อื่นเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บบางอย่างเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

2. การมีโรคหรือภาวะเรื้อรัง (Chronic Condition) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นลม หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ทืด ข้ออักเสบ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ ลม บ้าหู เบาหวาน โรคมะเร็ง วัณโรค ภาวะแพ้อาหารอักเสบ ลำไส้อักเสบ โรคถุงน้ำดี เรื้อรัง ตับเรื้อรัง ไขสันหลัง เป็นตัน หรือมีการสูญเสียอวัยวะบางอย่าง เช่น มือ แขน ขา ตามัว หูตึง

3. อาการทางกาย (Symptomatic) ได้แก่ เป็นตะคริวที่ขาบ่อย ๆ เจ็บที่หัวใจ แน่นอกหน้าอก หายใจขัด ข้อเท้าบวม เจ็บที่หลังหรือกระดูกสันหลัง ไอไม่หยุด หัวใจ มีเสมหะบ่อย อัมพาต แขนงบวม ปวดตามข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ เท้าบวมง่าย

4. ความปราศจากโรค (Without Complaints) คือ ไม่มีอาการใด ๆ ผิดปกติ

จากกลุ่มต่าง ๆ ข้างต้น Belloc, et al. (1971) ได้สร้างตัวแปรสำหรับใช้วัด สุขภาพกายของปัจเจกบุคคล (Individual) เรียกว่า Physical health spectrum โดย แบ่งสุขภาพกายทั้ง 4 กลุ่มนั้นออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

1. ผู้ที่ไร้ความสามารถอย่างรุนแรง (Severe disability) ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหา ในเรื่องการช่วยตนเอง ในเรื่องการกินอาหาร การแต่งตัว การขึ้นบันได การลุกเดินไปไหน มาไหน หรือไม่สามารถทำงานได้เพราะความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอย่างน้อย 6 เดือน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
2. ผู้ที่ไร้ความสามารถบางส่วน (Less disability) ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาต้อง เปลี่ยนงานทำ หรือลดชั่วโมงการทำงานเพราะความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
3. ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (Two or More Chronic Condition) ได้แก่ ผู้มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง หรือสูญเสียทางร่างกาย รวมแล้วอย่างน้อย 2 อย่างในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
4. ผู้ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเพียงชนิดเดียว (One Chronic Condition) ได้แก่ ผู้ที่มีโรคหรือภาวะเรื้อรัง หรือสูญเสียทางร่างกายรวมแล้วไม่เกิน 1 อย่างในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา
5. ผู้ที่มีอาการทางกาย (Symptomatic) ได้แก่ ผู้ที่เคยมีอาการทางกายอย่างน้อย 1 อย่างในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา
6. ผู้ที่มีพลังงานจัดอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง (Low or Medium energy level) ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ แต่มีพลังงานจัดอยู่ในระดับต่ำ หรือ ปานกลาง



7. ผู้ที่มีพลังงานจัดอยู่ในระดับสูง (High energy level) ได้แก่ ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีพลังงานจัดอยู่ในระดับสูง

Hain and Chen (1976) ได้ศึกษาถึงความต้องการทางด้านสุขภาพ (Health need) ของผู้สูงอายุที่เมืองอวีร์ รัฐเพนซิลวาเนีย โดยใช้ตัวชี้วัดถึงความต้องการทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพ (Health Condition) ซึ่งได้แก่ จำนวนวันของความเจ็บป่วย ความสามารถในการเคลื่อนไหว และอาการที่เกิดขึ้นในระหว่าง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์
2. การทำงานของอวัยวะร่างกาย (Physical Function) ซึ่งชี้บ่งถึงกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเดินขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การแต่งตัว การซักผ้า
3. การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน

Andrews, et al. (1986) ได้ทำการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตแปซิฟิกตะวันตก 4 ประเทศ คือ ประเทศฟิลิปปินส์ เกาหลี มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ โดยการประเมินภาวะสุขภาพ (Health Status) ของประชากรที่ศึกษา ใน 5 หัวข้อดังนี้ คือ

1. ให้ผู้ตอบประเมินสถานภาพสุขภาพของตนเอง โดยการให้คำถามว่า สุขภาพของตนดีหรือไม่ และถ้าเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในอายุเดียวกันแล้วเป็นอย่างไร
2. สอบถามถึงการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไปถึงความสามารถทางร่างกาย
3. อาการและอาการแสดงที่ปรากฏ
4. ความสามารถทางร่างกาย
5. ความต้องการการบริการทางการแพทย์

Liang and Whitelaw (1987) ได้แบ่งสถานภาพทางสุขภาพ (Health Status) ออกเป็น สถานภาพสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิต และเสนอการประเมินไว้ 2 ทาง คือ

1. ทางภววิสัย (Objective Perspective) ซึ่งสามารถมองเห็นและวัดปริมาณได้ การวัดสถานภาพสุขภาพทางกายโดยการประเมินทางภววิสัยนี้ กระทำได้ 2 วิธี คือ
  - 1.1 โดยทางการแพทย์ (Medical) ได้แก่ การเจ็บป่วยหรือโรคภัยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจจะแสดงออกโดยมีอาการแสดง (Symptoms)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illnesses) การเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute illnesses) เป็นรายงานความเจ็บป่วยโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 โดยประเมินจากการทำงานของภาวะร่างกาย (Functional) ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ตามปกติ เช่น การกินอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การเดิน ฯลฯ หรืออาจวัดจากจำนวนวันที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

2. ทางอัตวิสัย (Subjective Perspective) เป็นการแสดงถึงความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพที่บุคคลประเมินตนเอง วัดโดยการถามถึงความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพเป็นอย่างไร เช่น คำถามที่ว่า สุขภาพทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร ดีมาก ดี พอใช้ หรือไม่ได้เลย

สำหรับในประเทศไทยนั้น จารุวรรณ เหมะธร และ นิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ" โดยใช้ตัวแปรทางสุขภาพคือ

1. สภาวะทางสุขภาพกาย (Physical Health Condition) ซึ่งแบ่งออกเป็น สภาวะสุขภาพกาย ดี - ไม่ดี จากการตอบคำถามเกี่ยวกับ
  - ระยะเวลาในการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์
  - กิจกรรมที่ทำมากที่สุด ใน 1 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์
  - อาการผิดปกติในรอบ 1 เดือน ก่อนการสัมภาษณ์
2. ความสามารถทางหน้าที่ร่างกาย (Physical Function)
3. ความเพียงพอจากการได้รับบริการทางการแพทย์ (Access to Medical Care)

วิญญู เดชธราดล (2527) ศึกษาสถานภาพทางสุขภาพของปัจเจกบุคคล (Individual) โดยใช้ตัวแปรวัดสุขภาพกายของ Belloc คือ Physical health spectrum (Belloc, et al. 1971 : 331) ซึ่งแบ่งเป็น 7 ระดับ (spectrum) เรียงลำดับจากสุขภาพกายดีที่สุดในระดับที่ 1 แล้วลดน้อยลงเรื่อย ๆ จนถึงระดับ ที่ 7 ไปใช้วัดสถานภาพทางสุขภาพของนักปฏิบัติธรรมชาวอโศก โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่า สถานภาพทางสุขภาพของกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรมดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การศึกษาถึงภาวะสุขภาพในโครงการ SECAPT ( นภาพร ชัยวรรม และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ 2530 : 14 - 17 ) ใช้การประเมินทางอัตวิสัย (Subjective) โดยการให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพของตนเองโดยทั่วไปใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ( ข้อ 501 )
2. การประเมินถึงความเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ( ข้อ 502 )
3. การประเมินถึงภาวะการมีปัญหสุขภาพร่างกายตั้งแต่อายุย่างเข้า 60 ปี ( ข้อ 628 )
4. การรายงานถึงการมีโรคประจำตัว ( ข้อ 503 )
5. การรายงานถึงปัญหาสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ ( ข้อ 512ก - 512ฉ )
6. การประเมินสมรรถนะของอวัยวะต่าง ๆ ในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การได้ยิน การมองเห็น ( ข้อ 513ข - 513ง )

จากการทบทวนวิธีการต่างๆ ที่การศึกษาต่างๆ ใช้วัดภาวะสุขภาพนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าวิธีที่มีความเหมาะสมที่จะใช้วัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ น่าจะเป็นวิธีการประเมินแบบภววิสัย (Objective) ซึ่งเป็น การประเมินโดยบุคคลากรที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพ หรือประเมินจากอาการที่ปรากฏ ทั้งนี้เพราะวิธีการประเมินดังกล่าว มีความแม่นยำและเชื่อถือได้มากกว่าการประเมินแบบอัตวิสัย (Subjective) แต่การที่จะใช้วิธีใดในการวัดภาวะสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการศึกษา นอกจากนี้ การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุโดยแพทย์และตัวผู้สูงอายุเองก็มีความแตกต่างกัน (Shanas, et al. ( 1968 )) การตรวจสุขภาพโดยแพทย์มักจะอาศัยพยาธิวิทยาเป็นพื้นฐาน แต่การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเองนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่แตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุบางคนทั้งที่มีความบกพร่องทางร่างกายในระดับเล็กน้อยหรือมากแล้วก็ตาม ยังคงบอกว่าตนสบายดี หรือบางคนบ่นถึงอาการเจ็บป่วยมากมายทั้งที่เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุจะพยายามป้องกันตนเองโดยการบอกว่าตนเองสบายดี ทั้งที่แพทย์ตรวจพบว่าป่วยหรือป่วยหนักกว่าที่ผู้สูงอายุรู้จักตนเอง ผู้สูงอายุบางรายอาจจะไม่ทราบว่าตนเองมีโรคร้ายแรง ที่อันตรายและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้และแบบแผนทางประเพณีและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในแต่ละเชื้อชาติ ร่วมกับ ความลดน้อยถอยลงของความสมบูรณ์ของร่างกาย ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

ในการศึกษาดังนี้ การวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุถูกจำกัดด้วยข้อมูลที่มีอยู่ กล่าวคือ การประเมินภาวะสุขภาพในการสำรวจของโครงการ SECAPT เป็นการประเมินแบบอัตวิสัย โดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองเป็นส่วนใหญ่ และไม่มีข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพแบบทวิวิสัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องใช้ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพแบบอัตวิสัยดังกล่าว และนำ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างกว้างๆ หลังการสัมภาษณ์ของนักสำรวจมาประกอบการศึกษา

## 2. ระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดังกล่าวในส่วนที่แล้ว การศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการวัดภาวะสุขภาพต่าง ๆ กัน ผลของการวัดภาวะสุขภาพโดยใช้มาตรภาวะสุขภาพที่ต่าง กันนั้น อาจจะสรุปเกี่ยวกับระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมต่าง ๆ ได้ดังนี้

การศึกษาในต่างประเทศ Pantyp Ramasoote (1972) ได้ศึกษาถึงความ ต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเมืองคาตามอน นครเขรซูลาแลม ประเทศอิสราเอล โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์ให้คำปรึกษาและแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในเมืองคาตามอน จำนวน 527 คน ผลการศึกษา ปรากฏว่า ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีระดับความสามารถทาง ร่างกาย ดีกว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

Butler and Lewis (1973) พบว่า ร้อยละ 86 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา มีปัญหา ทางด้านสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง และกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องการพบแพทย์บ่อยครั้ง ไม่ว่าจะเจ็บป่วยอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลก็ตาม

Hain and Chen (1976) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานที่อยู่ของคนสูงอายุที่เมืองอีรี ( Erie ) รัฐเพนซิลวาเนีย ร้อยละ 24.3 มีสุขภาพอนามัยไม่ดี ต้องการให้พยาบาลตรวจสอบ อากาศเพื่อรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล และร้อยละ 32 ที่ร่างกายทำงานไม่ปกติ มีเพียงร้อยละ 11.7 เท่านั้นที่ไม่ต้องการการรักษาของแพทย์

Andrews, et al. (1986) ได้รายงานผลการศึกษาระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน เขตแปซิฟิกตะวันตก 4 ประเทศ คือ ประเทศนิวซีแลนด์ มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ พบว่า ระดับ

สุขภาพของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุประเมินเอง ทั้ง 4 ประเทศรายงานว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่ศึกษามีสุขภาพดี โดยที่ประเทศฟิลิปปินส์มีประชากรสูงอายุที่รายงานว่า มีสุขภาพดีมากที่สุด รองลงมาคือ มาเลเซีย เกาหลี และฟิจิ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น มีรายงานการศึกษาต่าง ๆ ที่ประเมินถึงระดับสุขภาพของผู้สูงอายุไว้แตกต่างกัน เช่น สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2518) รายงานว่า คนชราสองในสามที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา ประเมินสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรงดีและพอใช้ บรรลุศิริพานิช และคณะ (2525) พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 54 และผู้สูงอายุชายร้อยละ 62 อยู่ในเกณฑ์ดี และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น จารุวรรณ เหมะธร และนิรมัฬวรรณ ศิลปสุวรรณ (2526) พบว่า ผู้สูงอายุกว่าครึ่งหนึ่งมีสภาวะทางสุขภาพกายและความสามารถทางร่างกายดี ในขณะที่ นีรลิกดิ์ คำนวมศิลป์ (2523) พบว่า คนชราร้อยละ 58 มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ นิตา ชูโต (2525) พบว่า สองในสาม (ร้อยละ 68) ของผู้สูงอายุที่ศึกษามีสุขภาพไม่ดี และจากรายงานเบื้องต้นของโครงการ SECAPT (เนภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ 2530:15) พบว่า การประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุชี้แนะว่า กว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือต้องการการดูแลรักษา ซึ่งความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าว อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของโครงการศึกษาวิจัยแต่ละโครงการในเรื่องการให้คำนิยาม คำถามในแบบสอบถาม ระยะเวลาอ้างอิง ตลอดจนลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

สำหรับปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุประสบอยู่นั้น จากการศึกษาของสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2518) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับฟัน ตา และไขข้อ คิดเป็นร้อยละ 78, 69 และ 60 ตามลำดับ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2525) พบว่า ผู้มีการส่วนใหญ่มีกอยู่ในวัยสูงอายุ ลักษณะความพิการที่พบ คือ หูตึง เป็นบ้า อัมพาต และตาบอด คณะอนุกรรมการการศึกษาวัฒนธรรมและกิจการของผู้สูงอายุ (2526) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุประสบปัญหาเกี่ยวกับหูตาไม่ดี เดินไม่ไหว และเจ็บป่วยออกแอด

จากการศึกษาต่าง ๆ เกี่ยวกับระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว จะพบว่า ผู้สูงอายุยังคงประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและต้องการการดูแลรักษาในเรื่องเหล่านี้ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่ามีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

### 3. ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามลักษณะภูมิหลังของผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามลักษณะภูมิหลังของผู้สูงอายุ อาจแบ่งลักษณะภูมิหลังที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 ด้าน คือ ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม ลักษณะทางด้านพฤติกรรมอนามัย และปัจจัยการเข้าถึงบริการอนามัย

3.1 ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางประชากร จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจาก สุขภาพของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะพื้นฐานในตัวของผู้สูงอายุเอง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามภูมิหลังทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด

3.1.1 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางหน้าที่ร่างกาย Kahn แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุหนึ่งมิได้อยู่กลุ่มเดียว แต่มีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มอายุ ( กล่าวอ้างใน ศรีทับทิม พานิชพันธ์ 2526 : 27 ) นอกจากนี้ ทฤษฎีของการสูงอายุ ว่าด้วยความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย ( Error Theories ) เชื่อว่า เมื่อคนหรือสัตว์มีอายุมากขึ้นยีนส์ของคนนั้นจะค่อย ๆ เกิดความผิดปกติ และความผิดปกตินี้จะค่อย ๆ มากขึ้นจนถึงจุดหนึ่งที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลงและหมดพลัง ( บริบูรณ์ พรพิบูลย์ 2525 : 154 )

Belloc, et al. ( 1971 ) ได้ทำการศึกษาเพื่อวัดสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชากรเมืองอลามาตา รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1965 พบว่า สุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างเด่นชัดกับอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะรายงานว่ามีสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย

การศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ ( 2525 ) พบว่า สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุที่มากขึ้นเช่นกัน ส่วนบทความเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของคนชราในสหรัฐอเมริกา ( อัมพร โอตระกูล 2527 : 28 ) พบว่า คนชราจะมีปัญหาทางด้านสายตา การได้ยินและการทำงานของกล้ามเนื้อมากยิ่งขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางลดน้อยถอยลงของสภาวะร่างกาย หรือเป็นความเสื่อมแห่งร่างกายตามวัยนั่นเอง และรายงานเบื้องต้นของโครงการ SECAFT ( เภาพร ชัยสุวรรณ และ

มาลินี วงษ์สิทธิ์ 2530:14 ) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ เป็นปฏิภาคกับระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสุขภาพไม่ดีนั้น มีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า จากผลการวิจัยที่ผ่านมาจึงทำให้ตั้งสมมติฐานว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมักจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

3.1.2 เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างในสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องมาจากแบบแผนการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันของเพศชายและเพศหญิง รวมทั้งการขัดเกลาทางสังคมหลาย ๆ ด้าน ที่เปิดโอกาสให้เพศชายมีการรับรู้หรือความนึกคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพดีกว่า รวมทั้งมีความสงสารในตัวเองน้อยกว่าเพศหญิง เพศชายจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีความแข็งแรง มีความเป็นชายชาตรี ทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยง่าย ๆ ส่วนเพศหญิงนั้นสามารถแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวดได้มากกว่าเพศชาย ในโรคภัยไข้เจ็บบางโรคถึงแม้เพศชายจะรับรู้อาการ แต่มักไม่ค่อยยอมบอกเล่าอาการ หรือปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ในขณะที่เพศหญิงเต็มใจที่จะบอกเล่าอาการมากกว่า ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามเพศนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นความแตกต่างที่แท้จริง แต่อีกส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการรายงานภาวะสุขภาพที่ดีกว่าความเป็นจริงของเพศชาย และต่ำกว่าความเป็นจริงของเพศหญิง ดังนั้น การตีความของความแตกต่างของเพศในเรื่องภาวะสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงข้อจำกัดนี้ด้วย

จากการศึกษาต่าง ๆ ในเรื่องนี้ ในหลายประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง ( Ju and Cheung 1988:16 ; Heikkinen, et al.1983:143 ; United Nation 1989:57 ) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ ( 2518 ) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพของตนเองไม่แข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุชาย ส่วน เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ ( 2524 ) พบว่า ผู้สูงอายุชายมีความสามารถทางร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และบรรลุ ศิริพานิช และคณะ ( 2525 ) พบว่า ผู้สูงอายุชายมีร้อยละของผู้มีสุขภาพดีมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

ในรายงานเบื้องต้นของโครงการ SECAPT (เนภาพร ชัยวรณ และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ 2530:14) ก็พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุชาย คือ ร้อยละ 43 และ 38 ของผู้สูงอายุหญิงและชายตามลำดับ กล่าวว่าคุณภาพไม่ดี และการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช ( 2531 ) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ เป็นผู้สูงอายุชายมากกว่าหญิงถึง 3.5 เท่า

สรุปแล้วการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุชายมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง

3.1.3 สถานภาพสมรส โดยปกติผู้ที่สมรสแล้วมักจะมีการปฏิบัติในด้านอนามัยดีกว่าผู้ที่เป็นโสด เป็นหม้าย หรือหย่าร้าง ทั้งนี้เพราะการสมรสเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดการพึ่งพาอาศัยกัน มีการช่วยเหลือกันในเรื่องการปฏิบัติในด้านการอนามัยในยามเจ็บไข้ ทำให้เกิดความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของกันและกัน

ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน มักจะมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียหรือไม่มีคู่สมรส ทั้งนี้เพราะการสูญเสียหรือไม่มีคู่สมรสจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด คิดถึงเพื่อนคุยที่รู้จักและเข้าใจกันดีมาเป็นระยะเวลายาวนาน การสูญเสียนี้เป็นเหตุให้เกิดความว้าวุ่น อังว้าง เปล่าเปลี่ยว และเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายอ่อนล้าลง ( เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ 2524 : 25 )

การศึกษาผู้สูงอายุชาวต่างชาติ ในปี ค.ศ. 1974 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสสมรส จะประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแบบอื่นๆ ( Mertens 1987:337 )

ศรีทิพย์ พานิชพันธ์ ( 2526 : 27 ) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่เสี่ยงต่ออันตราย เพราะประสบปัญหาเรื่องความบกพร่องทางร่างกาย ทางอารมณ์ และทางจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสตรี เป็นชนกลุ่มน้อย เป็นหม้าย และที่ต้องอยู่คนเดียว

ในรายงานเบื้องต้นของ SECAPT (Napaporn Chayovan, et al. 1988: 86) รายงานว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสสมรสและโสด มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพเป็นหม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 38, 37 และ 31 ตามลำดับ

จากการศึกษาที่ผ่านมา สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ และผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว

3.1.4 จำนวนบุตรเกิดรอด จำนวนบุตรที่มีของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสุขภาพของผู้สูงอายุหญิง ทั้งนี้เพราะความเจ็บปวด ความยากลำบาก และอันตรายอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ การคลอด และภาวะหลังคลอด เป็นสิ่งที่จะบั่นทอนภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ให้กำเนิดบุตรบ่อย ๆ มีการศึกษาวิจัยกันในหลายประเทศได้ผลตรงกันว่า ภาวะเจริญพันธุ์และสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะของมารดาและการก มีความสัมพันธ์ในเชิงลบ กล่าวคือ ถ้าภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูง สุขภาพของมารดาและการกจะต่ำ และต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ( เขียวลักษณ์ ประภัสร์ขาม และสันต เสริมศรี 2525 : 158 และ Apichat chamrathirong et al. 1988:100) นอกจากนี้ มารดาผู้ให้กำเนิด



ยังต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรจำนวนมาก ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดและการทำงานหนัก เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวขนาดใหญ่

การมีบุตรหลายคน หรือมีครอบครัวขนาดใหญ่ อาจมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเพศชายด้วย ทั้งนี้เพราะชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ถ้าครอบครัวขนาดใหญ่ ก็จะทำให้ต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อหารายได้ให้พอเพียงแก่การใช้จ่ายในครัวเรือน นอกจากนี้ การมีบุตรจำนวนมาก ทำให้สตรีไม่มีเวลาที่จะออกไปช่วยทำงานในเชิงเศรษฐกิจได้ ทำให้ครอบครัวมีภาวะเศรษฐกิจต่ำ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงสุขภาพเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุได้

ในการศึกษาเกี่ยวกับระดับภาวะเจริญพันธุ์ในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับภาวะเจริญพันธุ์สูง เช่น การศึกษาของคณะอนุกรรมการการศึกษาวัฒนธรรมและกิจการเพื่อผู้สูงอายุ (2526) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 65 มีบุตรเกิน 2 คน และข้อมูลเบื้องต้นของโครงการ SECAPT (Napaporn Chayovan, et al. 1988:20) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 66.2 มีบุตรเกิดรอดชีพมากกว่า 3 คนขึ้นไป ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมลงได้

**3.2 ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ** สภาวะทางเศรษฐกิจน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่มีสภาวะทางเศรษฐกิจดีน่าจะมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทำให้มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีสภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการวัดลักษณะทางเศรษฐกิจด้วยตัวแปรต่างๆ ดังนี้

**3.2.1 รายได้** โฉม่งของรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่เคยมีรายได้จากการทำงาน เมื่อไม่มีงานทำหรือเกษียณอายุแล้ว รายได้อาจลดน้อยลงได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดเป็นปัญหาต่างๆ ตามมา

รายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพอนามัย เพราะรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และในยามปกติรายได้ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีจากการได้รับประทานอาหารที่ดี มีคุณค่า การอยู่อาศัยที่ถูกลักษณะ และการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย อาจทำให้ไม่สามารถมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงได้เท่าที่ควร คือ ขาดการบำรุงรักษาที่ดี ซึ่งจำเป็นต้องใช้เงินเป็นปัจจัยสำคัญ

การศึกษาของ Kitagawa และ Hauser ในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1960 พบว่า คนผิวขาวที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 เหรียญต่อปี จะมีโอกาสในการเจ็บไข้ได้ป่วย และ

มีอัตราตายสูงมากกว่าคนผิวขาวซึ่งมีรายได้ตั้งแต่ 10,000 เหรียญต่อปี ถึงร้อยละ 50 และพบว่าสตรีผิวขาวที่มีรายได้ต่ำจะมีโอกาสในการเจ็บไข้ได้ป่วย และอัตราตายสูงกว่าสตรีที่มีรายได้สูงเช่นเดียวกัน ( Kitagawa and Hauser 1968 : 318 - 353 ) และการศึกษาของ Linder (1966) พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ จะเสียเวลาในการทำงานโดยเฉลี่ย 29 วัน/ปี เนื่องจากสุขภาพไม่ดี ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้สูงจะเสียเวลาในการทำงานเนื่องจากการเจ็บป่วยน้อยกว่า

กระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ได้รายงานไว้ในปี ค.ศ. 1976 ว่า รายได้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ( Hain and Chen 1976 : 433 ) และ Botwinick ( 1973 : 74 ) พบว่า ผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ 1/2 - 3/4 ของรายได้ทั้งหมด ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้น้อยจะไม่สามารถไปรับการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ส่วนในประเทศไทย เขมิกา ยามะรัต ( 2527 ) ศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสุขภาพของคนชรา กล่าวคือ คนชราที่มีรายได้สูง จะมีภาวะของสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย และมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย

3.2.2 ความเพียงพอของรายได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะยังมีรายได้จากแหล่งต่าง ๆ แต่ก็มิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุจะมีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ เนื่องจากรายได้เป็นปริมาณเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งแต่ละบุคคลอาจจะใช้จ่ายเงินแตกต่างกัน บางคนอาจจะใช้เงินมาก บางคนอาจจะใช้เงินน้อย ฉะนั้น ปริมาณเงินจำนวนเดียวกัน สำหรับผู้สูงอายุบางคนอาจจะพอใช้ แต่สำหรับบางคนอาจจะไม่พอใช้หรือเหลือใช้ก็ได้ ( เขมิกา ยามะรัต 2527 : 28 ) จากการศึกษาของ Belloc, et al. ( 1971 ) พบว่า ผู้ที่มีรายได้ครอบครัวมากหรือเพียงพอ จะมีสุขภาพทางกายดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอในการเลี้ยงชีพ และการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช ( 2531 ) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีกว่ากลุ่มที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง

สรุปแล้ว การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางเศรษฐกิจดี

3.2.3 อาชีพ อาชีพนอกจากจะสะท้อนฐานะทางเศรษฐกิจแล้ว ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อโรคภัยไข้เจ็บและการปฏิบัติในด้านการอนามัย ประชากรในแต่ละอาชีพย่อมมีโรคภัยไข้เจ็บแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละอาชีพมีสภาวะแวดล้อมไม่

เหมือนกัน การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจโดย Koos ในปี ค.ศ. 1954 พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และชั้นทางสังคม มีความสัมพันธ์กับลักษณะการปฏิบัติด้านอนามัย ทำให้สุขภาพของบุคคลมีความแตกต่างกัน ( Koos 1954 : 32 อ้างถึงใน วัน คูชิตา 2529 : 18 ) และการศึกษาในอังกฤษพบว่า กรรมกรชั้นรลเป็นโรคหัวใจกันมากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีอาชีพอื่น ( Ingelfinger 1974 : 145 อ้างถึงใน กุทชงค์ กุลทลบุตร 2524 : 20 )

สำหรับในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีอาชีพทางใช้วิชาชีพเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ ( เขียวลักษณ์ ประปักษ์ขาม และ ปราโมทย์ ประสาทกุล ม.ป.ป. : 76 ; เทียนฉาย กิระนัทธ์ และคณะ 2523 : 247 )

สรุปจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอาชีพที่แตกต่างกันมีผลต่อการปฏิบัติด้านอนามัย ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีอาชีพเกี่ยวกับการใช้วิชาชีพ น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่นๆ

### 3.3 ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม

ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีสุขภาพดีนั้น เป็นผลของการสะสมของวัฒนธรรมที่บุคคลได้รับ มาตรการวัดต่าง ๆ ที่ใช้สะท้อนลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมในการศึกษาต่างๆ ได้แก่ การศึกษา โครงสร้างครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาษาพูด

#### 3.3.1 การศึกษา

การศึกษาจะมีผลต่อการรับรู้และความเชื่อของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ตระหนักถึงอาการและอาการแสดงของ ความเสื่อมสมรรถภาพการทำงานในร่างกาย ความเสื่อมของสุขภาพ และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 98 ) ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักจะขาดความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของวัย ขาดความเข้าใจ และเอาใจใส่ในเรื่องเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย การศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ การเกิดโรคภัยไข้เจ็บ และรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามวัยได้ดี ตลอดจนจะมีการตัดสินใจได้ดี สามารถนำมาปฏิบัติได้ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ประภาณี สุวรรณ ( 2525 : 183 ) ได้กล่าวไว้ว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีผลทำให้พฤติกรรมทางสุขภาพแตกต่างกันด้วย ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมัก จะมีการรับรู้ ที่คนคิด และพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพ

ระบบการศึกษาในประเทศไทย เริ่มมีกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาภาคบังคับ (ชั้นป.1 - ป.4) ในปี พ.ศ. 2503 ซึ่งการใช้กฎหมายบังคับนี้มีผลต่อกลุ่มคนอายุน้อย ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับผลจากกฎหมายดังกล่าว ดังนั้น มาตรการที่จะใช้วัดระดับการศึกษาในผู้สูงอายุจึงต้องใช้ความสามารถในการอ่านออก เขียนได้หรือการรู้หนังสือ การศึกษาถึงระดับการศึกษาในกลุ่มอายุต่างๆ ที่ได้รับ โดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรปี พ.ศ. 2523 พบว่า สัดส่วนของคนสูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุสตรีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ยังมีอยู่มากพอควร (จอห์น โนเดล และคณะ 2530 : 36 - 37 ) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาจนสามารถอ่านออก เขียนได้ จึงมีโอกาที่จะได้รับข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้

การศึกษาผู้สูงอายุในหลายประเทศในแถบเอเชีย อาฟริกา ลาตินอเมริกา และหมู่เกาะแคริบเบียน พบว่า การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของการศึกษา โดยพบว่า การรู้หนังสือจะมีความสัมพันธ์กับอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด สูงกว่าปัจจัยอื่นๆ (Kinsella, 1988:21) สำหรับในประเทศไทย นิศา ชูโต (2525) พบว่า กลุ่มคนชราที่มีการศึกษาค่ำ มีอาชีพเกษตรกร และมีฐานะยากจน จะขาดความรู้ในการระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้ในการใช้ชีวิตวัยชราอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาข้างต้นอาจเชื่อว่า การศึกษาน่าจะมีผลต่อการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ

3.3.2 โครงสร้างของครัวเรือน โดยทั่วไปโครงสร้างครัวเรือนจะนำส่งผลในทางบวกกับภาวะสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวใหญ่หรือครัวเรือนขยายน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนเดี่ยวหรืออยู่คนเดียว แต่เดิมมาโครงสร้างของครัวเรือนไทยส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยาย ซึ่งมีคนมากกว่าสองรุ่นอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งลักษณะโครงสร้างครัวเรือนแบบนี้ผู้สูงอายุก็จะอยู่ร่วมกับบุตรหลาน โดยที่ได้รับการดูแลจากบุตรหลาน และในขณะที่เด็วก็ผู้สูงอายุก็มีส่วนรับผิดชอบภาระเล็ก ๆ น้อย ๆ ในครอบครัว แต่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม การเคลื่อนไหวแรงงานของคนหนุ่มสาวจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อการประกอบอาชีพมากขึ้น โอกาสของงานอาชีพที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถจะอาศัยอยู่กับบุตรหลานได้ ผู้สูงอายุจึงประสบปัญหาการถูกทอดทิ้ง ขาดคนดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพอนามัย และมีปัญหารายได้รายจ่ายในการดำรงชีวิต สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพเพิ่มขึ้นได้

การศึกษาผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ส่วนใหญ่ก็จะเป็นชนกลุ่มน้อย เช่นอเมริกัน-อินเดียน คนผิวดำ หรือเอเชีย-อเมริกัน ส่วนคน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรืออาศัยอยู่คนเดียว แต่อาจตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้กับญาติหรือบุตรหลาน เพื่อที่จะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความต้องการ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงความช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย จะมีอิทธิพลต่อการอาศัยอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีหรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสภาพร่างกายในการทำกิจกรรมประจำวัน มักจะต้องไปอาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติ (Cantor 1987:77)

การศึกษาของนิศา ชูโต (2525) พบว่า ครอบครัวและบุตรมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตของคนชรา บุตรจะเป็นที่พึ่งในยามแก่เฒ่าและยามเจ็บป่วยของคนชรา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโครงสร้างครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาในโครงการ SECAPT (Napaporn Chayovan, et al. 1988:69) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 58 อาศัยอยู่ในครัวเรือนขยาย และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนขยายจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นของผู้สูงอายุ ซึ่งชี้แนะว่า ผู้สูงอายุไทยยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลานของตน ซึ่งครอบครัวและบุตรหลานเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าแบบแผนการดำรงชีวิตดังกล่าวนี้ มีการเปลี่ยนแปลงไป ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวใหญ่หรือครัวเรือนแบบขยาย จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเล็กหรืออยู่ตามลำพังคนเดียว

**3.3.3 เขตที่อยู่อาศัย** เขตที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคน ทั้งนี้เนื่องจากการกระจายตัวของการพัฒนาที่แตกต่างกันระหว่างเมืองและชนบท ทำให้ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของคนที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทแตกต่างกันไป ด้วยปัจจุบัน การพัฒนาของไทยยังมีความเหลื่อมล้ำกันอยู่มาก ความเจริญทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยเฉพาะบริการทางด้านสาธารณสุขและสาธารณสุขยังคงกระจุกตัวอยู่แต่ในเมือง ยังไม่ได้แพร่กระจายออกไปสู่ชนบทอย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นผลทำให้สภาพแวดล้อมของคนในเมืองและชนบทแตกต่างกันออกไป ชาวชนบทส่วนใหญ่จะไม่นิยมใช้ส้วม มักจะถ่ายอุจจาระตามป่าหรือทุ่ง ทำให้เกิดโรคระบาดได้ง่าย การขาดน้ำสะอาดสำหรับดื่มและใช้ ทำให้ชาวชนบทต้องป่วยด้วยโรคต่างๆ เป็นอันมาก นอกจากนี้ความสามารถในการให้บริการสาธารณสุขของรัฐมักจำกัดอยู่ภายในเมือง ทำให้ประชากรในเขตชนบทต้องมีโอกาสได้รับการบริการสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของคนในชนบทต่ำลง

เขตที่อยู่อาศัยยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอาชีพของคนในเขตนั้นๆ โดยที่อาชีพส่วนใหญ่ของคนในเมืองมักจะเป็นอาชีพที่ไม่ต้องตรากตรำต่อแดดต่อฝน ผิดกับชาวชนบทที่ส่วนใหญ่มีอาชีพในทางเกษตรกรรม ต้องใช้แรงงานและทำงานกลางแดดกลางฝน ซึ่งจะมีผลต่อสภาวะร่างกาย ทำให้อ่อนแอและติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

การศึกษาของ Andrew, et al. (1986) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทของ ประเทศฟิลิปปินส์และมาเลเซีย มีปัญหาทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง และจากงานวิจัยผลกระทบของการพัฒนาที่มีต่อปัญหาและความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ ของศุภวัลย์ พลายน้อย และเนาวรัตน์ พลายน้อย (2527) พบว่า ความเหลื่อมล้ำในการพัฒนาชนบทและเมือง ทำให้ ผู้สูงอายุในชนบทได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง จึงทำให้ผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

ในรายงานเบื้องต้นของ SECAPT ( นภาพร ชัยวรธรรม และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ 2530:14 ) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

สรุปจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง และมีความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองด้วย

3.3.4 ภาษาพูด ภาษาเป็นวัฒนธรรมหนึ่งซึ่งได้รับการถ่ายทอดจากคนรุ่นก่อนมาสู่คนรุ่นหลัง คนที่พูดภาษาเดียวกันมักจะมีถิ่นฐานหรือเคยอยู่ในท้องถิ่นเดียวกัน โดยมีการถ่ายทอดสำเนียงหรือวิธีการพูดที่คล้ายกัน เช่น ผู้ที่พูดภาษาเหนือมักจะเป็นคนที่อยู่หรือเคยอยู่ในภาคเหนือ ผู้ที่พูดภาษาไทยใต้มักจะเป็นคนที่ถิ่นกำเนิดอยู่ทางภาคใต้ เป็นต้น ผู้ที่พูดภาษาเดียวกัน มักจะลักษณะทางวัฒนธรรมและแบบแผนพฤติกรรมที่คล้ายกันด้วย ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมบางอย่างจะมีผลต่อการปฏิบัติอนามัยของบุคคล ทำให้มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับโภชนาการ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การคลอดและการดูแลเด็ก นอกจากนี้ ระดับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของแต่ละภูมิภาค มีส่วนในการสนับสนุนให้บุคคลมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันออกไปด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาพูดในครัวเรือนแตกต่างกัน จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมของแต่ละภูมิภาคด้วย ผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาไทยกลางเป็นภาษาพูดในครัวเรือน มักจะอาศัยอยู่ในภาคกลางหรือเขตเมืองต่างๆ ซึ่งจะได้รับผลจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มากกว่าภาคอื่นๆ จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาอื่นๆ

การศึกษาของ Wellin (1958) พบว่า วัฒนธรรมของชุมชนมีผลต่อการอนามัยของชุมชน สังคมที่มีบรรทัดฐานแบบดั้งเดิม จะมีค่านิยมและความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการยอมรับการอนามัยและการสาธารณสุข การศึกษาของ Suchman (1964) พบว่า ชนชั้นสูงและชั้นทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติในด้านการอนามัยและสาธารณสุข กลุ่มที่มีความยึดเหนี่ยวทางวัฒนธรรมมาก การยอมรับการปฏิบัติในด้านการอนามัยและการสาธารณสุขจะน้อยลง

การศึกษาของ Zola (1966) พบว่า ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมมีผลต่อความรู้สึกในเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ ชาวอิตาลีซึ่งมีลักษณะวัฒนธรรมในด้านการเปิดเผยความรู้สึก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ก็จะรีบเข้ารับการรักษายาบาลทันที ซึ่งต่างจากชาวไอริช ที่จะเก็บเจ็บเนื่องจากไม่ต้องการให้เกิดความลำบากใจแก่ผู้อื่น เพราะวัฒนธรรมของชาวไอริชมีค่านิยมว่า 'พูดให้น้อยจะเป็นการดี'

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับวัฒนธรรมกับภาวะสุขภาพพบว่า ลักษณะของการบริโภคอาหารของคนภาคเหนือ โดยเฉพาะในหญิงหลังคลอด ผู้ป่วย และเด็ก มีผลในทางลบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของบุคคลผู้ปฏิบัติ (เบญจมา ยอดดำเนิน, 2523) และผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคตะวันออก มีสุขภาพไม่แข็งแรงและเจ็บป่วยมากกว่าภาคอื่น ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของการบริโภคและความยากจนของประชากรในภูมิภาคนี้ (คณะกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจการผู้สูงอายุ 2526:80)

จากการทบทวนวรรณกรรม จึงอาจเชื่อได้ว่า แบบแผนทางวัฒนธรรมน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาพูดแตกต่างกัน จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันด้วย โดยผู้สูงอายุที่พูดภาษาไทยกลางน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาพูดอื่นๆ

**3.4 ลักษณะทางด้านพฤติกรรมอนามัย** พฤติกรรมอนามัยมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพของบุคคลมักเกิดจากการปฏิบัติตนของบุคคลด้วยตัวแปรต่างๆ ที่สะท้อนพฤติกรรมอนามัย ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน และพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งจากการศึกษาพอสรุปได้ดังนี้

**3.4.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน** บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดอย่างหนึ่งในกลุ่มยาเสพติดทั้งหลาย คนจำนวนไม่น้อยที่ติดบุหรี่ บางคนเริ่มตั้งแต่วัยเรียน การสูบบุหรี่จะมีผลต่อสุขภาพร่างกายของทั้งผู้สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้เคียง จากการสำรวจเมื่อปี ค.ศ. 1945 ในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ใหญ่ชาวอังกฤษเฉลี่ยแล้วสูบบุหรี่วันละ 20 มวน และในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากอันตรายของบุหรี่ไม่น้อยกว่า 50,000 คน (ธีระ ศิริอาชาวัฒนา 2527:159) Surgeon General 's Report (1964) พบว่า ชาวอเมริกันที่แพ้ชายซึ่งสูบบุหรี่ 2 หรือมากกว่า 2 ซอง/วัน มีอัตราตายในวัย 40-50 ปี เป็นสองเท่าของผู้ที่ไม่สูบ (กล่าวอ้างใน Johns, et al. 1975:192) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติอเมริกา รายงานว่า ในคนที่สูบบุหรี่ 8-10 มวน/วัน จะมีอัตราการตายจากสาเหตุของโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจสูงกว่าคนที่ไม่สูบ (Edlin and Golanty 1985:369)

จากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2524 พบว่า คนไทยตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 43 นับเป็นปัญหาอย่างมากในแง่สุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศ บุหรี่อาจช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดให้แก่ผู้สูบได้บ้าง แต่อันตรายจากสารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ย่อมมีผลมากกว่า จากการสัมมนาเรื่องการสูบบุหรี่กับสุขภาพในประเทศไทยของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2526 พบว่า ปัจจุบันคนไทยอายุ 40 - 70 ปี อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นเวลานานมีจำนวนถึง 4.2 ล้านคน สารพิษจากบุหรี่ยังทำให้เกิดโรค คือ นิโคติน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ทำให้สมองขาดออกซิเจน ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ทำให้หลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง ไนโตรเจนไดออกไซด์ทำให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพอง และทาร์ ซึ่งทำให้เป็นมะเร็งที่ปอด (เกษม ตันติผลา-ชีวะ 2528 : 69 - 71)

นายแพทย์ ณรงค์ สดุดี อธิบดีกรมการแพทย์ เปิดเผยว่า จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการสถิติแห่งชาติพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองในคนที่สูบบวกกว่าคนที่ไม่สูบบถึง 15 เท่า โรคมะเร็งปอด 9 เท่า โรคหัวใจและหลอดเลือด 2 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลต่อจรรยาภาพของตาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุสูบบุหรี่ จะทำให้จรรยาภาพของตาเสื่อมจนตาบอด เร็วขึ้นกว่าที่ควรเป็นอย่างน้อย 5 ปี (กล่าวอ้างใน อรรถวรณ์ หุ่นดี, 2531 : 101-102)

ในงานวิจัยของศรีน้อย มาศเกษม และคณะ ( 2532 ) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในชนบทที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ มีอัตราการป่วยในระยะ 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่จะพบอาการไอและหลอดเลือดอักเสบมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่

ในรายงานเบื้องต้นของโครงการ SECAPT (Napaporn Chayovan, et al. 1988:93-94) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40 เป็นผู้สูบบุหรี่หรือยาเส้นเมวน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวน่าจะมีผลในทางลบกับภาวะสุขภาพ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่

3.4.2 พฤติกรรมการดื่มสุรา การดื่มสุรานั้นน่าจะมีผลต่อสุขภาพ เนื่องมาจากสุรามีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง นายแพทย์ Willian C. Meninger ได้กล่าวไว้ว่า แอลกอฮอล์มีผลต่อสุขภาพของคนอเมริกัน และในอีกหลายประเทศ ทั้งนี้เพราะแอลกอฮอล์จะมีผลต่อระบบต่างๆ ภายในร่างกาย โดยเฉพาะที่สมอง ตับ และหัวใจ (กล่าวอ้างใน Edlin and Golanty 1985:344-345) เมื่อดื่มเข้าไปมาก ๆ จะทำให้มีอาการมึนเมา เพราะการสะสม



ของแอลกอฮอล์ที่ดูดซึมเข้าทางกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ปกติแล้วแอลกอฮอล์ 10 - 15 ซีซี จะถูกเผาผลาญในร่างกายภายใน 1 ชั่วโมง แต่การดื่มโดยรวดเร็วและจำนวนมากจะทำให้ร่างกายเผาผลาญไม่ทัน ทำให้เกิดการสะสมแอลกอฮอล์ในกระแสโลหิตมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งจะมีพิษต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ Melvin H. Knisely หัวหน้ามหาวิทยาลัยแพทยในโคโรไลนา ได้ค้นพบว่า จากการทดลองการดื่มสุรา แอลกอฮอล์สามารถทำลายเซลล์สมองและตับ ผู้ที่ดื่มมากๆ เซลล์สมองจะถูกทำลายและมีขนาดเล็กลง ส่วนเซลล์ตับจะเกิดเยื่อพังผืดขึ้น ทำให้มีการเผาผลาญไขมันไม่ได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาของโรคต่างๆ ตามมา (อ้างถึงใน Johns, B. Edward 1975:157)

การสำรวจโดย U.S. Department of Health and Human Services (HHS) ระบุว่า การดื่มสุราโดยมีปริมาณของแอลกอฮอล์วันละ 1 ออนซ์ จัดว่าเป็นอัตราที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยแอลกอฮอล์เหล่านี้จะไปทำลายเซลล์ในสมองและตับ ทำให้ผู้ที่ดื่มในปริมาณมากและบ่อยครั้งมีสุขภาพเสื่อมโทรมลง (โรนาลด์ ซิลด์เลอร์ 2528 :73-75)

จากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2531) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีร้อยละของการไม่ดื่มสุรามากกว่าไม่ดื่ม แสดงให้เห็นว่า การไม่ดื่มสุรามีส่วนทำให้อายุยืนยาวมาได้

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การดื่มสุรามีผลในทางลบต่อสุขภาพ ยิ่งถ้าดื่มในปริมาณมากและบ่อยครั้ง หรือดื่มมาเป็นเวลานาน ก็จะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมมากขึ้นด้วย ดังนั้น ในผู้สูงอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำ จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มสุรา

3.5 ปัจจัยทางด้านการเข้าถึงบริการอนามัย การเข้าถึงบริการอนามัย เป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยก็จะได้รับผลประโยชน์ในแง่ของความรู้ กติกา และ การปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี รวมทั้งการได้รับบริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การวัดการเข้าถึงบริการอนามัยเป็นเรื่องซับซ้อน เพราะการเข้าถึงบริการมีหลายลักษณะ เช่น การเข้าถึงในแง่ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้เดินทาง ชนิดของบริการด้านอนามัยที่แต่ละสถานพยาบาลจัดให้ คุณภาพของการบริการ ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการ ฯลฯ (สายใจ คุ่มขนาน และนภาพร ชัยวรธรรม 2532:31) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ สนใจในปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

3.5.1 ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านที่สุด ประเภทของสถานบริการทางสุขภาพอนามัยที่อยู่ใกล้บ้านน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะ

เป็นที่ยอมรับกันว่า ด้วยระยะทางหรือระยะเวลาเดินทางที่เท่ากันสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลน่าจะสามารถให้บริการอนามัยด้านต่าง ๆ ได้มากกว่าและมีคุณภาพดีกว่าสถานอนามัย นอกจากนี้ ประเภทของสถานบริการทางสุขภาพอนามัย ยังสะท้อนถึงความเพียงพอของบริการรักษาพยาบาลด้วย

จากรายงานการศึกษาเรื่องบริการด้านการอนามัยในระดับชุมชน : การเข้าถึงและผลกระทบ โดยใช้ข้อมูลของโครงการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย (สายใจ คุ่มขนาน และ นภาพร ชโยวรรณ 2532 : 50-56) พบว่า เมื่อยังไม่มีบริการปัจจัยอื่นๆ ประเภทของสถานบริการทางด้านอนามัยมีอิทธิพลต่อภาวะอนามัยในชุมชน ซึ่งวัดด้วยมาตรการต่างๆ ที่สะท้อนภาวะอนามัยแม่และเด็กในระดับชุมชน (เช่น ร้อยละของเด็กเกิดมีชีพในช่วง 5 ปีจากการสำรวจที่มารดาไปตรวจครรภ์ ร้อยละที่มารดาฉีดยาป้องกันบาดทะยักระหว่างมีครรภ์ ร้อยละที่คลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละที่คลอดบุตรในสถานบริการอนามัยสมัยใหม่ และร้อยละที่มีสมุดหรือบัตรสุขภาพ) โดยผู้ที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้ จะมีภาวะอนามัยแม่และเด็กใน เรื่องดังกล่าวดีกว่าผู้ที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานอนามัยอยู่ใกล้ แต่เมื่อปรับปัจจัยอื่นๆ ความแตกต่างของภาวะอนามัยจะ เปลี่ยนไปในทิศทางที่ไม่แน่นอน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาดังกล่าวจึงอาจนำมาตั้งสมมุติฐานในการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาล น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้สถานอนามัย

3.5.2 ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ ความใกล้ - ไกลสถานพยาบาลน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของประชากร ผู้ที่อยู่ใกล้กับสถานอนามัยหรือโรงพยาบาล น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลดีกว่าผู้ที่อยู่ห่างไกลสิ่งเหล่านี้ ทั้งนี้เพราะผู้ที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล สามารถเดินทางไปรับการรักษาเมื่อเกิดมีปัญหสุขภาพได้ง่ายกว่า ดังนั้น จึงมักใช้ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยที่อยู่ใกล้ที่สุด เป็นดัชนีวัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัย

จากรายงานการศึกษาเรื่องบริการด้านอนามัยในระดับชุมชน : การเข้าถึงและผลกระทบ (สายใจ คุ่มขนาน และ นภาพร ชโยวรรณ 2532 : 56) พบว่า หมู่บ้านในประเทศไทยมีการเข้าถึงบริการด้านอนามัยและการวางแผนครอบครัวที่ค่อนข้างดีมาก กล่าวคือโดยเฉลี่ยหมู่บ้านจะอยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดประมาณ 11 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางโดยเฉลี่ย 37 นาที และอยู่ห่างจากสถานอนามัยที่อยู่ใกล้ที่สุดโดยเฉลี่ย 3 กิโลเมตร ใช้เวลา

เดินทาง 13 นาที และพบว่า โดยรวมแล้ว ชุมชนที่มีการเข้าถึงบริการอนามัยที่ดีที่สุด (คือมีโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยอยู่ในหมู่บ้าน หรืออยู่ไม่เกิน 1 กม.) จะมีภาวะอนามัยของบุคคลในชุมชนซึ่งวัดด้วยภาวะอนามัยแม่และเด็ก ดีกว่าชุมชนที่มีการเข้าถึงบริการอนามัยต่ำสุด (คือมีโรงพยาบาลอยู่ห่างเกิน 15 กม. หรือมีสถานอนามัยอยู่ห่างเกิน 5 กม.)

การศึกษาถึงการเข้าถึงบริการอนามัยในเรื่องการใช้การวางแผนครอบครัว พบว่า ที่ตั้งของแหล่งที่ให้บริการจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อการใช้บริการวางแผนครอบครัว แหล่งให้บริการที่อยู่ใกล้จะทำให้มีการเพิ่มอัตราการใช้บริการมากขึ้น (Engracia, et al. 1978 :171) และโบนเดล, จอห์น และคณะ (2530:185) พบว่า ระดับการเข้าถึงแหล่งให้บริการคุมกำเนิด (ซึ่งวัดด้วยดัชนีระยะเวลาในการเดินทางและระยะทาง) กับอัตราการใช้บริการคุมกำเนิด ในปี พ.ศ. 2522 มีความสัมพันธ์ในทางบวก กล่าวคือ กลุ่มที่มีการเข้าถึงบริการง่ายมากกว่ามีอัตราการใช้คุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มที่มีการเข้าถึงได้ยาก

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ที่ตั้งของสถานพยาบาลน่าจะมีผลต่อการไปใช้บริการทางด้านอนามัย ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่อยู่ใกล้สถานพยาบาล น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล

**3.5.3 จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาล** จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลจะสะท้อนถึงความยาวนานของการให้บริการทางด้านอนามัย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้เพราะ สถานพยาบาลที่ตั้งมานานแล้วจะเป็นที่รู้จักคุ้นเคยของประชาชนผู้ใช้บริการ ทำให้ประชาชนเหล่านั้นมาใช้บริการและรับข่าวสารความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยจากสถานพยาบาลมากขึ้น ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในชุมชนที่มีสถานพยาบาลที่ตั้งมานาน หรือมีการให้บริการด้านการอนามัยมานานกว่า ก็น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนที่เพิ่งมีสถานพยาบาล

ภาวะอนามัยในหมู่บ้าน นอกจากจะถูกกระทบจากการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแล้ว ยังอาจขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาการ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของหมู่บ้านด้วย สายใจ คัมขนาบ และเนภาพร ชโยวรรณ (2532:36) พบว่า ความยาวนานของการให้บริการทั้งที่โรงพยาบาลและสถานอนามัย สามารถสะท้อนถึงภาวะการเข้าถึงบริการและระดับการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของหมู่บ้านได้ดีพอควร กล่าวคือ หมู่บ้านในภาคกลางจะมีสถานพยาบาลที่ตั้งมานานกว่าและเริ่มให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กก่อนหมู่บ้านในภาคอื่นๆ แต่ความยาวนานของการให้บริการดังกล่าว แทบจะไม่มีผลต่อความแตกต่างของภาวะอนามัยในชุมชนเลย อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม จากการศึกษาก็พบว่า จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาล เป็นตัวชี้หนึ่งที่มีบ่งถึงการเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนั้น ในการศึกษาถึงปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงใช้จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งในการศึกษา โดยตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานพยาบาลที่ตั้งมานานกว่า น่าจะมีภาวะสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานพยาบาลที่ตั้งขึ้นภายหลัง

### ขอบเขตของการศึกษาและปัจจัยที่พิจารณาประกอบ

ขอบเขตของการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ จะทำการศึกษาเฉพาะภาวะสุขภาพทางกายของ ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยพิจารณาถึงมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยทางประชากร ตัวแปรที่พิจารณาได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และ จำนวนบุตรเกิดรอด
2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ตัวแปรที่รวมอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ฐานะทางการเงินในปัจจุบันๆ ความเป็นเจ้าของบ้าน และอาชีพที่เคยทำในช่วง ก่อนอายุ 60 ปี
3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ตัวแปรในกลุ่มนี้ได้แก่ การศึกษา โครงสร้าง ครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาษาพูด
4. ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมอนามัย ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน และพฤติกรรมการดื่มสุรา
5. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการอนามัย ตัวแปรที่นำมาพิจารณาในกลุ่มนี้ได้แก่ ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านที่สุด ระยะทางที่ใช้เดินทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด และจำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้

### สมมติฐานหลัก

ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัยที่แตกต่างกัน จะมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

### สมมติฐานย่อย

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า
2. ผู้สูงอายุชาย น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง
3. ผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรส น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า ว่างหรือแยกกันอยู่
4. ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อย น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่า
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอในการเลี้ยงชีพ น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ
6. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินในปัจจุบันเมื่อเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี ดีขึ้น น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินคงเดิมและเลวลง
7. ผู้สูงอายุที่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองหรือคู่สมรส น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านของบุตรหลานหรือญาติ และอยู่บ้านเช่าหรือบ้านที่ท่ช่วยงานจัดหาให้
8. ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมในช่วงก่อนอายุ 60 ปี น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม
9. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า
10. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขยาย น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดี่ยว
11. ผู้สูงอายุในเขตเมือง น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท
12. ผู้สูงอายุที่พูดภาษาไทยกลางในครัวเรือน น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่พูดภาษาอื่น
13. ผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือยาเส้นมวนเป็นประจำ
14. ผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มสุรา น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำ
15. ผู้สูงอายุที่อยู่ใตหมบ้านที่มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้ที่สุด น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใตหมบ้านที่มีสถานื่อนามัยอยู่ใกล้ที่สุด
16. ผู้สูงอายุที่อยู่ใตหมบ้านซึ่งอยู่ใกล้สถานพยาบาล น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ใตหมบ้านที่อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล

17. ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานพยาบาลที่ตั้งมานาน น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่า  
ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานพยาบาลที่ตั้งขึ้นไม่นาน

### นิยามเชิงปฏิบัติ

1. "ผู้สูงอายุ" หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่า
2. "ภาวะสุขภาพ" หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ในที่นี้จะหมายถึงภาวะสุขภาพทางร่างกายเท่านั้น และจะวัดด้วยดัชนีที่สร้างขึ้น โดยนำตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ปรากฏในแบบสอบถามมาสร้าง
3. "อายุของผู้สูงอายุ" หมายถึง อายุเต็มของผู้สูงอายุผู้ให้สัมภาษณ์ ณ วันที่สัมภาษณ์ โดยเป็นอายุที่ปรับแก้ไขแล้ว
4. "สถานภาพสมรส" หมายถึง สถานะการแต่งงานในปัจจุบันของผู้สูงอายุ  
 'สถานภาพสมรสสมรส' หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสและยังอยู่กับคู่สมรส  
 'สถานภาพสมรสอื่นๆ' หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสแต่แยกกันอยู่, หย่า, ร้าง  
 หม้าย หรือ โสด
5. "จำนวนบุตรเกิดรอด" หมายถึง จำนวนบุตรที่เกิดมามีชีวิตทั้งหมดของผู้สูงอายุ ปัจจุบันอาจมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ได้
6. "รายได้" หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งอาจได้รับจากการทำงาน จากเงินบำนาญ จากบุตรหลาน หรือจากค่าเช่าทรัพย์สิน
7. "ความเพียงพอของรายได้" หมายถึง ความเพียงพอของจำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือนในการเลี้ยงชีพของตนเอง
8. "ความเป็นเจ้าของบ้าน" หมายถึง บุคคลที่เป็นเจ้าของบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในปัจจุบัน  
 'อื่น ๆ' หมายถึง บ้านเช่าและ/หรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้พักอาศัย
9. "ฐานะทางการเงินในปัจจุบัน" หมายถึง สภาพการเงินในปัจจุบันของผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปี
10. "ประเภทของงานอาชีพก่อนอายุ 60 ปี" หมายถึง อาชีพที่ผู้สูงอายุเคยทำก่อนที่จะมีอายุ 60 ปี  
 'ไม่ได้ทำงาน' หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่เคยทำงานมาก่อนเลย

'อาชีพในภาคเกษตรกรรม' หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยทำงานเกี่ยวกับการทำ  
กลไกกรรม เลี้ยงสัตว์ การทำป่าไม้ การประมง การล่าและดักจับสัตว์ การทำเหมืองแร่ ต่อยย่อยหิน  
การขุดเจาะบ่อ และงานรับจ้างที่เกี่ยวข้อง

'อาชีพนอกภาคเกษตรกรรม' หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยทำงานเกี่ยวกับการใช้วิชา  
ชีพ งานบริหาร งานจัดการ ข้าราชการ เสมียนพนักงาน ผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการค้า พนักงานขับยาน  
พาหนะ และคนงานที่เกี่ยวข้อง ช่างหรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต กรรมกร และงานบริการ  
รับจ้างทั่วไป

11. "การศึกษา" หมายถึง ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดที่ผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ เรียนจบ  
'ไม่ได้เรียน' หมายถึง ผู้ที่ไม่เคยเข้าเรียน และอ่านหรือเขียนหนังสือไม่ได้

12. "โครงสร้างครัวเรือน" หมายถึง แบบของครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่  
'อยู่คนเดียว' หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีญาติที่น้องอาศัยอยู่ด้วย  
ในบ้านเดียวกัน

'ครัวเรือนเดี่ยว' หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบด้วยสมาชิกเพียงครอบครัวเดียว  
คือ ประกอบด้วย สามีและ/หรือภรรยา กับบุตรที่ยังไม่สมรส หรือประกอบด้วยญาติที่ยังไม่สมรสใน  
รุ่น (generation) เดียวกัน เช่น พี่น้องอาศัยอยู่ด้วยกัน

'ครัวเรือนขยาย' หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบด้วยจำนวนสมาชิกมากกว่า 1  
ครอบครัว หรือมากกว่า 1 รุ่นขึ้นไป คือประกอบด้วย สามีและ/หรือภรรยา บุตรที่สมรส หลานที่  
สมรส และญาติที่เป็นโสดหรือสมรส และอาจมีบุตรหรือหลานอื่นๆ ที่ยังไม่สมรสอยู่ร่วมในครัวเรือน  
เดียวกัน

13. "เขตที่อยู่อาศัย" หมายถึง ท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุผู้ให้สัมภาษณ์อาศัยอยู่ ณ วันสัมภาษณ์  
'เขตเมืองอื่น' หมายถึง ท้องถิ่นที่มีฐานะ เป็นเขตเทศบาลตามพระราชบัญญัติ  
เทศบาล พ.ศ.2496 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

'เขตชนบท' หมายถึง ท้องถิ่นที่อยู่นอกเขตเทศบาล

14. "ภาษาพูด" หมายถึง ภาษาที่ผู้สูงอายุใช้พูดประจำในครัวเรือน

'ภาษาอื่น' หมายถึง ภาษาจีนปนไทย หรือภาษาอังกฤษปนไทย

15. "การสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน" หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุเคยสูบบุหรี่หรือยา  
เส้นมวนอย่างเป็นประจำ และรวมถึงปริมาณที่สูบบนแต่ละวัน

16. "การดื่มสุรา" หมายถึง พฤติกรรมการดื่มสุราอย่างเป็นประจำของผู้สูงอายุที่ให้  
สัมภาษณ์

17. "ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านที่สุด" หมายถึง ชนิดหรือประเภทของสถานพยาบาลของรัฐที่อยู่ใกล้หมู่บ้านของผู้สูงอายุในเขตชนบทอาศัยอยู่มากที่สุด
- 'สถานอนามัย' หมายถึง สถานอนามัยตำบล และสถานอนามัยอำเภอ
- 'โรงพยาบาล' หมายถึง โรงพยาบาลอำเภอ และตมรพยาบาลจังหวัด
18. "ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาล" หมายถึง ระยะห่างเป็นกิโลเมตรจากหมู่บ้านของผู้สูงอายุในเขตชนบทอาศัยอยู่ถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด
19. "จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาล" หมายถึง จำนวนปีที่ผ่านมามีได้ก่อตั้งสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดกับหมู่บ้านของผู้สูงอายุในเขตชนบท

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อจะได้ทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย อันจะเป็นประโยชน์ในการจัดบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ
2. เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และเป็นแนวทางในการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีต่อไป
3. เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุให้บุคคลต่าง ๆ ที่สนใจทราบ ซึ่งจะเป็นการช่วยกระตุ้นให้สังคมยอมรับผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่ยังคงเป็นประโยชน์ต่อสังคม
4. เพื่อเป็นเอกสารประกอบในการให้ข้อเสนอแนะ แก่หน่วยงานขององค์การของรัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
5. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ อาจเป็นแนวทางแก่ผู้สนใจเพื่อทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ ให้กว้างขวางลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย