

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย

FACTOR AFFECTING THE SELF HEALTH ASSESSMENT OF AGING IN THAILAND

สิทธิชาติ สมตา*, ศุทธิดา ชวนวัน, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา

Sittichat Somta, Sutthida Chuanwan, Piyawat Katewongsa*

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

*Corresponding author, e-mail: sittichatsomta@gmail.com

Received: 19 February 2021; **Revised:** 16 December 2021; **Accepted:** 28 December 2021

บทคัดย่อ

สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดียังคงเป็นประเด็นที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการสำรวจระดับประเทศของโครงการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2560 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณ ประชากรตัวอย่างในการศึกษานี้ คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 41,652 คน ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีสัดส่วนประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี จะมีการประเมินสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปมีการประเมินสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานและมีรายได้ต่อปีมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไปมีการประเมินสุขภาพตนเองดี ขณะที่ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายและผู้สูงอายุที่มีความสุขน้อยจะประเมินสุขภาพตนเองไม่ดี ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุชายที่ประเมินสุขภาพตนเองดี อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสแล้วและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป และยังคงทำงาน การมีออกกำลังกายและมีระดับความสุขในระดับปานกลางขึ้นไป การศึกษานี้ได้ข้อค้นพบว่า แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน แต่หากสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองได้ และพึงพอใจกับสุขภาพของตนเองก็จะมีผลต่อระดับความสุขและการประเมินสุขภาพตนเองที่ดีของผู้สูงอายุด้วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง; ความสุข

Abstract

Health and well-being remain an important issue in achieving the Sustainable Development Goals (SDGs). This study aims 1) to investigate the relationship of factors toward self health assessment of aging in Thailand, and 2) to study the factors influencing the self health assessment of aging in Thailand. To achieve the objective of the study, the quantitative research method is used in this study. The data is from the 2017 survey of the older persons in Thailand conducted by National Statistical Office. The samples are 41,652 persons who aged 60 years and over. The chi-square test and binary logistic regression are used for the data analysis. The results of this study showed that the elderly men are more likely to report good self health assessment than elderly women as same as the young old who aged 60-69 years reporting self health assessment greater than the oldest old who aged 80 years and over. Furthermore, the older persons who have higher education levels are more likely to report their self health assessment than the other groups. In terms of socio-economic factors, the older persons who are still working and earning more than 30,000 baht yearly are more likely to report good self health assessment. Regarding behavioral factors, older persons who have not the exercise behaviors and unhappy are less likely to report assessment of their health than other groups. In finding, it is found that, the factors influencing the self health assessment report as good health among aging are males, aged 60-69 years, married, and living in urban areas. Moreover, primary education, an average annual income of more than 30,000 baht or more, still working, being exercised, and having a moderate or higher level of happiness are also found as the factors related with the self health assessment among older persons in Thailand. In summary, although the older persons have difficulty with activities of daily living, but if they could be as independent living and satisfy their health, it would affect to the level of their happiness and report their health as good health.

Keywords: Factors; Aging; Self Health Assessment

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยอย่างต่อเนื่อง เพราะจำนวนการเกิดลดลง และความก้าวหน้าของระบบสุขภาพมากขึ้นส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวมากขึ้น และในปี พ.ศ. 2562 เป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) เนื่องจากคนมีอายุยืนยาวขึ้น อีกทั้งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2564 นี้มีมากถึง 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ของประชากรทั้งหมด [1] นอกจากนี้ประชากรไทยจะยิ่งมีอายุสูงขึ้นไปอีกในอนาคต คาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยจะยืนยาวถึง 79 ปี (ผู้ชาย 75 ปี ผู้หญิง 83 ปี) [2] และจากการคาดประมาณประชากรประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2565 และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดเมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นร้อยละ 28 ในปี 2576 [3] จากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าว เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายและภาระในระบบดูแลสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับความชราภาพก็จะเพิ่มขึ้นในอนาคต ทั้งนี้อายุมากขึ้นไม่ได้แปลว่าสุขภาพและคุณภาพชีวิตจะแย่ลงตามไปด้วย ซึ่งมีความเป็นไปได้จากหลาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่การสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมป้องกันจะต้องปฏิบัติตลอดชีวิต หรือแม้กระทั่งในช่วงวัยสูงอายุมีผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง [4]

หนึ่งในมาตรการชีวิตสถานะภาพทางสุขภาพที่มักใช้ในการสำรวจทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ คือ การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (Self-rated health) หมายถึงการประเมินสถานะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลด้วยตนเองที่สะท้อนให้เห็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม และความเป็นอยู่ที่ดีทางร่างกายและจิตใจ [4-6] โดยการตีความสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน บางคนคำนึงถึงปัญหาสุขภาพที่เจาะจง หรือหน้าที่ทางร่างกายและพฤติกรรมทางสุขภาพ การตีความสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองยังแตกต่างกันไปตามอายุและเพศของผู้สูงอายุ [7] ซึ่งการประเมินสุขภาพตนเองไม่เพียงแต่ใช้เพื่อวัดสถานะสุขภาพของประชากร และความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพของประชากรเท่านั้น แต่ยังใช้เป็นตัวทำนายการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และการใช้บริการสุขภาพ [8] อีกทั้งเป็นดัชนีชี้วัดอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (Health life expectancy)

การประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต ได้แก่ การเสียชีวิต โดยการประเมินสุขภาพด้วยตนเองเป็นตัวทำนายโอกาสของอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประเมินสุขภาพตนเองมีความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ประเมินสุขภาพตนเองที่ดี [6, 9-12] ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการประเมินสุขภาพตนเองไม่ดี [4, 7, 13-14] นอกจากนี้การประเมินสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการไม่ว่าจะเป็น รูปแบบการอยู่อาศัย ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ได้แก่ เพศชาย ผู้สูงอายุตอนต้น ระดับการศึกษาสูง การออกกำลังกาย การบริโภคแอลกอฮอล์ต่ำ และไม่มีอาการเจ็บป่วยก่อนหน้าการประเมิน [10]

ดังนั้น จากความสำคัญของการประเมินสุขภาพด้วยตนเองที่สามารถบ่งบอกถึงความสัมพันธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย แม้จะมีการศึกษาประเด็นดังกล่าว [14] ที่ผ่านมา แต่การศึกษานี้ได้เพิ่มเติมปัจจัยและปรับปรุงการศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อยืนยันข้อมูลจากการศึกษาให้เป็นแนวทางและข้อมูลประกอบการวางแผนเชิงนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุและมีความก้าวหน้าไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ซึ่งเป็นหนึ่งความท้าทายในระดับสูงของประเทศไทย อีกทั้งประเด็นทางสุขภาพเป็นหนึ่งในกรอบพฤติกรรมหรือการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active ageing)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แหล่งข้อมูลของการศึกษานี้ครั้งนี้ได้มาจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ครั้งที่ 6 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งโครงการนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพ การเกื้อหนุน ตลอดจนลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ฯลฯ สำหรับนำไปใช้ในการจัดทำนโยบาย

และการวางแผนจัดบริการด้านสาธารณสุข การจัดทำดัชนีชี้วัด และการศึกษา วิเคราะห์ วิจัยเกี่ยวกับประชากร ผู้สูงอายุ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการเมื่อเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2560 [15]

ประชากรและการเลือกตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาจากประชากรและมีการเลือกตัวอย่างดังนี้ ประชากรเป้าหมายในการศึกษา คือ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,312,447 คน และทำการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 2 ระยะ จนได้จำนวนตัวอย่าง จำนวน 41,652 คน ของโครงการ “การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560” เก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ โดยระเบียบวิธีการสำรวจด้วยตัวอย่าง (Sample Survey method) ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Two Stage Sampling มีจังหวัดเป็นสตราตัม (Stratum) มีทั้งสิ้น 77 สตราตัม ในแต่ละสตราตัมแบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครอง คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยมีเขตแฉ่งนับ (Enumeration Area) เป็นตัวอย่างขั้นที่หนึ่งและครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่าง ขั้นที่สอง [15] หลังจากนั้นมีการปรับจำนวนจนได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 41,652 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้ใช้ข้อคำถามจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยเป็นหลัก ดังนี้

การประเมินสุขภาพด้วยตนเอง เป็นตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผลจากการที่ผู้สูงอายุประเมิน ภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ โดยวัดจากข้อคำถาม “สุขภาพร่างกาย ในรอบสัปดาห์ที่แล้ว” โดยมีคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ (1) ดีมาก (2) ดี (3) ปานกลาง (4) ไม่ดี (5) ไม่ดีมาก ๆ ผู้ศึกษา ได้ทำการจำแนกการประเมินสุขภาพตนเองให้เป็น 2 กลุ่ม คือสุขภาพดี ประกอบด้วยคำตอบ สุขภาพที่มีสถานะดี/ ดีมาก (code = 1) เทียบกับกลุ่มสุขภาพไม่ดี ประกอบด้วยคำตอบ สุขภาพที่มีสถานะปานกลาง/ไม่ดี/ไม่ดีมาก ๆ (code = 0) [4, 5, 14, 16-19]

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วยลักษณะทางด้านประชากร (Demographic characteristics) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส เขตการปกครอง และภูมิภาค [8, 14, 20-21]

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อปี สถานการณ์ทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม [14, 17-19, 22]

ปัจจัยทางด้านรูปแบบการอยู่อาศัย ด้วยลักษณะของรูปแบบการอยู่อาศัยที่มีการเปลี่ยนแปลง และหลากหลายมากขึ้น ทำให้รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนตามไปด้วย โดยจากการทบทวนวรรณกรรมของการศึกษารูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในประเทศไทย [22-26] และการศึกษารูปแบบการอยู่อาศัยกับการประเมินสุขภาพด้วยตนเองส่วนใหญ่จะศึกษารูปแบบการอยู่อาศัยคนเดียวของผู้สูงอายุ [14, 20-21, 27-29] ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้ทำการแบ่งรูปแบบอยู่อาศัยเป็น 6 ประเภท อาศัยอยู่คนเดียว อาศัยอยู่กับคู่สมรส เท่านั้น อาศัยอยู่กับบุตร ญาติและไม่ใช่ญาติ อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน อาศัยอยู่กับหลาน และรูปแบบอื่น ๆ

ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมดำรงชีพ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการบริโภคแอลกอฮอล์ [4, 27]

ปัจจัยทางสุขภาพและความสุข ประกอบด้วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐาน (Activities of Daily Living : ADL) จะพิจารณาจากระดับความสามารถพื้นฐานที่ใกล้ตัว 3 กิจกรรม ได้แก่ การกินอาหาร การใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ/ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเองแม้เพียงกิจวัตรใดกิจวัตรหนึ่งย่อมเป็นภาระต่อบุคคลผู้อยู่ใกล้ชิดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จำแนกเป็นทำไม่ได้เลย ทั้ง 3 กิจกรรม ทำไม่ได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม และทำได้ทั้ง 3 กิจกรรม [22, 30] และความสุจริตจากข้อคำถามที่ว่า “ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาตนเองมีความสุขในระดับใด” ซึ่งแสดงถึงระดับความสุขสบายใจมีช่วงคะแนน 0-10

คะแนน และแบ่งผู้ที่มีความสุขน้อยคือ 0-3 คะแนน ความสุขปานกลางคือ 4-6 คะแนน และความสุขมากคือ 7-10 คะแนน จำแนกเป็นความสุขน้อย ความสุขปานกลาง และความสุขมาก [22]

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ นำเสนอลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary logistic regression) หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ทั้งนี้จากวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อตรวจสอบว่าปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม รูปแบบการอยู่อาศัย วิถีชีวิต และสุขภาพและความสุขเกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพตนเองว่ามีความสัมพันธ์และมีผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทยหรือไม่ โดยตัวแปรอิสระแต่ละชุดจะถูกรวมเข้ากับแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคเพื่อตรวจสอบการแปรผันของตัวแปรตาม ซึ่งมีแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยสี่แบบสำหรับการวิเคราะห์ แบบจำลองแรกประกอบด้วยปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม แบบจำลองที่สองเพิ่มปัจจัยทางด้านรูปแบบการอยู่อาศัย แบบจำลองที่สามเพิ่มปัจจัยทางพฤติกรรม การดำรงชีพ และแบบจำลองที่สี่เพิ่มปัจจัยทางด้านสุขภาพและความสุข ด้วยโปรแกรม SPSS 26.0

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 41,652 คน เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการประเมินสุขภาพตนเอง พบว่าปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม รูปแบบการอยู่อาศัย พฤติกรรม การดำรงชีพ และสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพที่ดีและไม่ดี ซึ่งปัจจัยที่น่าสนใจคือ เพศ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศชาย (ร้อยละ 46.7) มีประเมินสุขภาพตนเองดีในสัดส่วนที่มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 37.9) ต่อมาปัจจัยด้านอายุ ผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 51.4) จะประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20.7) เช่นเดียวกันผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 79.3) มีการประเมินสุขภาพตนเองไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 48.6)

ปัจจัยทางด้านการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 59.6) มีการประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 29.6) และผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 70.4) มีการประเมินสุขภาพตนเองไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 40.4) ทางด้านรายได้เฉลี่ยต่อปีของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 100,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 60.0) มีการประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อกว่า 30,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 30.0) และผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อกว่า 30,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 70.0) มีการประเมินสุขภาพตนเองไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 100,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 39.4) และปัจจัยทางด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย โดยผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 47.8) จะมีการประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 24.9) และผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 75.1) ประเมินสุขภาพตนเองไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 52.2) ขณะที่ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่นั้น (ร้อยละ 57.4) ประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 39.0) และผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 61.0) มีการประเมินสุขภาพตนเองไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 42.6)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทย (n= 41,652)

ตัวแปร	ประเมินสุขภาพไม่ดี		ประเมินสุขภาพดี		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปัจจัยทางด้านประชากร					
เพศ					323.520***
ชาย	9,649	53.3	8,452	46.7	
หญิง	14,619	62.1	8,932	37.9	
อายุ					2377.560***
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	11,548	48.6	12,230	51.4	
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	8,108	67.2	3,950	32.8	
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	4,612	79.3	1,204	20.7	
สถานภาพสมรส					591.000***
โสด	1,148	57.1	861	42.9	
สมรส	14,039	54.0	11,975	46.0	
หม้าย หย่า และแยกกันอยู่	9,080	66.6	4,547	33.4	
เขตปกครอง					56.096***
ในเขตเทศบาล	12,847	55.6	9,847	43.4	
นอกเขตเทศบาล	11,421	60.2	7,537	39.8	
ภูมิภาค					379.380***
กรุงเทพมหานคร	1,080	58.8	757	41.2	
ภาคกลาง (ไม่รวม กรุงเทพมหานคร)	7,690	64.9	4,163	35.1	
ภาคเหนือ	5,493	52.3	5,007	47.7	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6,665	56.6	5,102	43.4	
ภาคใต้	3,340	58.6	2,355	41.4	
ระดับการศึกษาสูงสุด					1042.121***
ไม่ได้เรียน	2,820	70.4	1,183	29.6	
ประถมศึกษา	19,120	60.0	12,762	40.0	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	2,328	40.4	3,439	59.6	
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม					
รายได้เฉลี่ยต่อปี					2090.224***
ต่ำกว่า 30,000 บาท	11,145	70.0	4,766	30.0	
30,000 – 59,999 บาท	7,334	57.6	5,397	42.4	
60,000 – 99,999 บาท	3,042	49.7	3,082	50.3	
100,000 บาทขึ้นไป	2,666	39.4	4,106	60.0	
สถานะการทำงาน					1974.294***
ไม่ทำงาน	17,261	66.6	8,644	33.4	
ทำงาน	7,005	44.5	8,740	55.5	

ตัวแปร	ประเมินสุขภาพไม่ดี		ประเมินสุขภาพดี		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน					250.265***
ไม่เข้าร่วม	10,939	62.8	6,488	37.2	
เข้าร่วม	13,329	55.0	10,896	45.0	
ปัจจัยรูปแบบการอยู่อาศัย					139.614***
อาศัยอยู่คนเดียว	2,833	60.0	1,889	40.0	
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	4,880	55.1	3,984	44.9	
อาศัยอยู่กับบุตร ญาติ และไม่ใช่ญาติ	3,174	53.7	2,739	46.3	
อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน	6,887	59.9	4,620	40.1	
อาศัยอยู่กับหลาน	225	59.4	154	40.6	
รูปแบบอื่น ๆ	6,269	61.1	3,998	38.9	
ปัจจัยทางพฤติกรรมดำรงชีพ					
การออกกำลังกาย***					1759.267***
ไม่ ออกกำลังกาย	8,340	75.1	2,768	24.9	
ใช่ ออกกำลังกาย	15,914	52.2	14,595	47.8	
การสูบบุหรี่					738.567***
ไม่สูบบุหรี่	21,623	61.0	13,817	39.0	
ใช่สูบบุหรี่	2,639	42.6	3,561	57.4	
ปัจจัยทางสุขภาพและความสุข					
การดำเนินกิจกรรมประจำวัน					
ทำไม่ได้เลย	386	91.7	35	8.3	227.444***
ทำได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม	23,661	57.8	17,272	42.2	
ทำได้ทั้ง 3 กิจกรรม	216	74.2	75	25.8	
ความสุข					4286.839***
ความสุขน้อย	315	94.0	20	6.0	
ความสุขปานกลาง	9,288	81.4	2,123	18.6	
ความสุขมาก	10,147	45.0	12,389	55.0	

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคของการประเมินสุขภาพตนเอง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสุขภาพดีของตนเองกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 14 ตัวแปร ภายใต้ 4 แบบจำลอง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม 2) ปัจจัยด้านรูปแบบการอยู่อาศัย 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม และ 4) ปัจจัยทางสุขภาพและความสุข ซึ่งแต่ละแบบจำลองชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

แบบจำลองที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม กับการประเมินสุขภาพตนเองที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพตนเองที่ดี กล่าวคือ

ผู้สูงอายุชายมีโอกาสที่จะประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 1.12 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเมื่ออายุมากขึ้นยังมีการประเมินสุขภาพตนเองดีลดลง ซึ่งผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะประเมินสุขภาพตนเองดีลดลงร้อยละ 59 และผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีการประเมินสุขภาพตนเองดีลดลงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุ 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่านอกเขตเทศบาลประมาณ 1.08 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภาคเหนือ ใต้ และตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสที่จะประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่ากรุงเทพมหานครประมาณ 1.72 1.47 และ 1.22 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขึ้นไปมีโอกาสที่จะประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนประมาณ 1.14 และ 2.04 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 100,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 30,000 บาทประมาณ 2.16 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 และผู้สูงอายุที่ทำงานในปัจจุบันมีโอกาสการประเมินสุขภาพดีสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานประมาณ 1.59 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

แบบจำลองที่ 2 เมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม พบว่ารูปแบบการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น เมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียว และผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคนอื่น มีโอกาสประเมินสุขภาพตนเองดีลดลงร้อยละ 15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และลดลงร้อยละ 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ

แบบจำลองที่ 3 เมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม และรูปแบบการอยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายจะมีโอกาสการประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายประมาณ 2 เท่า ขณะที่ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสการประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 1.29 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

แบบจำลองที่ 4 เมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม รูปแบบการอยู่อาศัย และพฤติกรรม พบว่าปัญหาของสุขภาพ ADL ไม่มีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพตนเองดี แต่การประเมินความสุขมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพตนเองดี โดยที่ผู้สูงอายุที่มีความสุขปานกลางมีโอกาสจะประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุขน้อยประมาณ 2.63 เท่า และผู้สูงอายุที่มีความสุขมากมีโอกาสจะประเมินสุขภาพตนเองดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุขน้อยประมาณ 12 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพตนเองที่ดีของผู้สูงอายุไทย (n= 41,652)

ตัวแปรอิสระ	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
ปัจจัยทางด้านประชากร								
เพศ								
หญิง (ref)								
ชาย	1.12***	1.07-1.17	1.12***	1.07-1.17	1.03	0.99-1.09	1.10***	1.04-1.16
อายุ								
อายุตอนต้น (60-69 ปี) (ref)								
อายุตอนกลาง (70-79 ปี)	0.60***	0.58-0.64	0.61***	0.58-0.64	0.63***	0.60-0.66	0.63***	0.60-0.67
อายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	0.41***	0.38-0.44	0.41***	0.38-0.44	0.46***	0.43-0.50	0.49***	0.45-0.53
สถานภาพสมรส								
หม้าย หย่าร้าง และแยกกัน								
อยู่ (ref)								
โสด	1.03	0.93-1.14	1.05	0.94-1.16	1.07	0.96-1.19	1.10	0.97-1.24

ตัวแปรอิสระ	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
สมรส	1.03	0.98-1.08	1.08**	1.02-1.15	1.08*	1.01-1.14	1.09**	1.02-1.17
เขตปกครอง								
นอกเขตเทศบาล (ref)								
ในเขตเทศบาล	1.08***	1.04-1.13	1.08***	1.04-1.13	1.08***	1.03-1.13	1.08**	1.02-1.13
ภูมิภาค								
กรุงเทพมหานคร (ref)								
กลาง	0.94	0.84-1.05	0.93	0.84-1.04	0.90	0.81-1.01	0.80***	0.70-0.91
เหนือ	1.72***	1.54-1.93	1.73***	1.54-1.93	1.64***	1.46-1.84	1.50***	1.31-1.72
ใต้	1.47***	1.31-1.64	1.46***	1.30-1.64	1.42***	1.27-1.60	1.37***	1.20-1.57
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1.22***	1.08-1.37	1.21***	1.08-1.36	1.21**	1.08-1.36	1.01	0.88-1.16
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียน (ref)								
ประถมศึกษา	1.14***	1.06-1.23	1.14***	1.06-1.23	1.10**	1.02-1.19	0.99	0.90-1.08
มัธยมศึกษาขึ้นไป	2.04***	1.85-2.26	2.07***	1.87-2.28	1.91***	1.72-2.11	1.58***	1.41-1.78
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม								
รายได้เฉลี่ยต่อปี								
ต่ำกว่า 30,000 บาท (ref)								
30,000 – 59,999 บาท	1.39***	1.32-1.46	1.40***	1.32-1.47	1.35***	1.28-1.42	1.19***	1.12-1.26
60,000 – 99,999 บาท	1.65***	1.55-1.77	1.66***	1.55-1.78	1.57***	1.47-1.68	1.40***	1.29-1.51
100,000 บาทขึ้นไป	2.16***	2.01-2.33	2.17***	2.02-2.33	2.01***	1.87-2.17	1.65***	1.52-1.80
สถานะการทำงาน								
ไม่ทำงาน (ref)								
ทำงาน	1.59***	1.51-1.67	1.60***	1.52-1.68	1.50***	1.42-1.58	1.44***	1.36-1.53
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน								
ไม่เข้าร่วม (ref)								
เข้าร่วม	1.18***	1.13-1.23	1.18***	1.13-1.23	1.10***	1.05-1.15	1.01	0.96-1.07
ปัจจัยรูปแบบการอยู่อาศัย								
อาศัยอยู่คนเดียว (ref)								
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น			0.85***	0.77-0.93	0.85***	0.78-0.93	0.86**	0.78-0.95
อาศัยอยู่กับบุตร ญาติ และ								
ไม่ใช่ญาติ			0.93	0.84-1.02	0.95	0.86-1.04	0.95	0.85-1.06
อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน			0.99	0.91-1.07	1.01	0.93-1.09	1.03	0.94-1.13
อาศัยอยู่กับหลาน			1.11	0.89-1.50	1.15	0.91-1.44	1.20	0.92-1.55
รูปแบบอื่น ๆ			0.91**	0.84-0.98	0.92*	0.85-0.99	0.96	0.88-1.05
ปัจจัยทางพฤติกรรมดำรงชีพ								
การออกกำลังกาย								
ไม่ ออกกำลังกาย (ref)								
ใช่ ออกกำลังกาย					1.97***	1.87-2.08	1.59***	1.50-1.69
การสูบบุหรี่								
ไม่สูบ (ref)								
ใช่สูบ					1.29***	1.21-1.37	1.26***	1.17-1.35
ปัจจัยทางสุขภาพและความสุข								
การดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL)								
ทำไม่ได้เลย (ref)								
ทำได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม							1.14	0.70-1.85
ทำได้ทั้ง 3 กิจกรรม							0.83	0.46-1.49

ตัวแปรอิสระ	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
ความสุข								
ความสุขน้อย (ref)								
ความสุขปานกลาง							2.63***	1.66-4.18
ความสุขมาก							11.98***	7.56-18.99
Constant	0.29***		0.30***		0.20***		0.04***	
2Log likelihood	51385.353		51354.989		50558.293		39074.192	
Cox & snell R ²	0.115		0.115		0.131		0.198	

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม รูปแบบการอยู่อาศัย พฤติกรรม และสุขภาพและความสุข สามารถอธิบายการแปรผันของการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ได้ร้อยละ 19.8 และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระทั้งหมด พบว่า ตัวแปรอิสระที่ยังมีอิทธิพลกับการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ คือ เพศ(ชาย) อายุ สถานภาพสมรส เขตปกครองภูมิภาค ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาขึ้นไป) รายได้เฉลี่ยต่อปี สถานะทำงาน รูปแบบการอยู่อาศัย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และระดับความสุข

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศชายมีส่วนประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุตอนต้นจะมีการประเมินสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย และระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไปมีการประเมินสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทางด้านปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมนั้นผู้สูงอายุที่ยังคงทำงาน และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป มีการประเมินสุขภาพตนเองดี

ขณะที่ทางด้านรูปแบบการอยู่อาศัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร ธิดา และไม่ใช่อยาติ และอาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นมีการประเมินสุขภาพตนเองดี และปัจจัยทางพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายมีการประเมินสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่นั้นประเมินสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ดังกล่าว ส่วนปัจจัยทางสุขภาพและความสุขผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดำเนินกิจวัตรประจำวันและมีความสุขน้อยจะประเมินสุขภาพตนเองดีน้อยกว่าระดับอื่น ๆ

ในส่วนของการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุหรือการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค สามารถแสดงให้เห็นว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้งหมด พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีประเมินสุขภาพตนเองดี มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป โดยที่รายได้เฉลี่ยต่อปีมากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป และยังคงทำงาน ออกกำลังกาย และมีความสุข

โดยปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม สามารถอธิบายความแปรผันของการประเมินสุขภาพตนเองดีได้ร้อยละ 11.5 เมื่อเพิ่มปัจจัยด้านรูปแบบการอยู่อาศัยแล้วพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของความแปรผันต่อมาเพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านพฤติกรรม สามารถอธิบายความแปรผันของการประเมินสุขภาพตนเองดีได้ร้อยละ 13.1 พบว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายมีแนวโน้มประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกาย และผู้ที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มประเมินสุขภาพตนเองดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ และสุดท้ายเพิ่มตัวแปรด้าน

สุขภาพและความสุข ทำให้เพิ่มระดับความสามารถอธิบายความแปรผันของการประเมินสุขภาพตนเองที่ดีร้อยละ 19.8 พบว่า ระดับการประเมินความสุขที่มากมีผลต่อการประเมินสุขภาพตนเองที่ดีของผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าภายใต้การควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทั้งหมดในการศึกษา ปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม พบว่าเพศหญิงมีโอกาสน้อยที่จะประเมินสุขภาพตนเองดี เพราะลักษณะทางชีววิทยา แนวโน้มที่จะยอมรับความเจ็บป่วยหรือบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันทำให้เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการประเมินสุขภาพตนเองที่ไม่ดี [3, 9, 19] นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้นซึ่งนำไปสู่สุขภาพที่ไม่ดีและมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะสุขภาพที่แย่ลง [3, 9, 13, 19] และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้สูง มักมีรายงานว่าเกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพตนเองที่ดี โดยผู้ที่มีรายได้สูงไม่เพียงแต่จะมีโอกาสเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้มากขึ้นเท่านั้น แต่ยังสามารถจ่ายค่าประกันที่มีราคาแพงได้อีกด้วย [8] ขณะที่ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานและมีการออกกำลังกายเป็นประจำนั้นส่งผลดีต่อการประเมินสุขภาพตนเองดี [4, 8, 10, 14] เพราะการทำกิจกรรมที่ตนเองสามารถทำได้ย่อมแสดงถึงสุขภาพที่แข็งแรง ขณะที่พฤติกรรมการสูบบุหรี่แม้จะมีผลต่อการประเมินสุขภาพที่ดีแต่ไม่ได้เป็นตัวกำหนดสุขภาพ [8] อย่างไรก็ตามเมื่อเลิกสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพตนเองที่ไม่ดีมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ [30]

ขณะที่ปัจจัยทางด้านการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุนั้นพบว่า แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาการดำเนินกิจกรรมประจำวันมากน้อยเพียงใด ไม่มีอิทธิพลต่อการประเมินสุขภาพที่ดีของตนเอง ซึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมาเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาการดำเนินกิจกรรมประจำวัน มีอาการทางจิตใจสูง (Psychosocial symptoms) และมีโรคประจำตัว จะประเมินสุขภาพตนเองไม่ดี [14] ซึ่งหากพิจารณาอาการทางจิตใจร่วมกับผลการศึกษาค้นคว้านี้ ในด้านการประเมินความสุขเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่สำหรับการศึกษานี้ประเด็นที่น่าสนใจคือ การดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุกับการประเมินความสุขทั้งสองประเด็นที่ทำให้เห็นว่า แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL) แต่มีความสุขในการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพได้จึงมีการประเมินสุขภาพตนเองที่ดี อย่างไรก็ตามช่องว่างระหว่างอัตราต่อรอง (OR) ของความสุขระดับปานกลางกับความสุขระดับมากค่อนข้างแตกต่างกันในการประเมินสุขภาพตนเองที่ดี ดังนั้นจะอย่างไรเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความระดับระดับปานกลางและประเมินสุขภาพตนเองดีเป็นผู้ที่มีความสุขระดับมากกับประเมินสุขภาพตนเองดี

กล่าวโดยสรุป การประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบด้วยหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง แต่ประเด็นที่น่าสนใจคือ การที่ไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันนั้นไม่ใช่ปัจจัยกำหนดการประเมินสุขภาพตนเองที่ดีของผู้สูงอายุ หากแต่เป็นระดับความสุขต่างหาก จากการศึกษาไม่สามารถสรุปได้ว่า แม้ผู้สูงอายุจะไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองแต่หากสามารถจัดการและพึงพอใจกับสุขภาพของตนเองก็จะมีผลต่อระดับความสุขและการประเมินสุขภาพตนเองที่ดีของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรส่งเสริมและเสริมสร้างการออกกำลังกายของประชาชนทุกช่วงวัย เพื่อสุขภาพที่แข็งแรงในช่วงวัยสูงอายุ

2. กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรบริการทางสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ทั่วถึงในทุกพื้นที่เพื่อการเตรียมตัวรับมือกับโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพทางร่างกาย

3. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนและกระทรวงแรงงานควรพิจารณาเรื่องขยายอายุการเกษียณจากอายุ 60 ปี เป็นอายุ 65 ปี เพื่อให้ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานได้เห็นถึงประสิทธิภาพทางสุขภาพของตนเอง

4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรสร้างมาตรการส่งเสริมความสุขในการดำรงชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ และการจัดการกับสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ สุขภาพของตนเองอย่างมีความสุข

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ “โครงการการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560” ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยเป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) ไม่ใช่ข้อมูลจากการสำรวจต่อเนื่อง ดังนั้น จากข้อมูลนี้ทำให้สามารถทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะเกิดสาเหตุหรือคาดว่าจะเกิดผลนั้นเอง พร้อมทั้งไม่สามารถระบุความเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแท้จริง และเนื่องจากเป็นข้อมูลที่ผ่านมาระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลมาแล้วเกือบ 3 ปี ซึ่งอาจส่งผลให้เห็นถึงความล้าหลังของข้อมูล และเหตุการณ์อาจมีความแตกต่างกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกมาจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วในแบบสอบถามการสำรวจ ซึ่งไม่สามารถควบคุมการออกแบบเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้วิจัย จึงทำให้ตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่เพียงพอถึงการอธิบายปัจจัยได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้การถามคำถามอาจเป็นคำถามที่มีความอ่อนไหวหรือผู้ตอบอาจจำไม่ได้ทั้งหมด ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้คำตอบที่แท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- [1] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2564). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2564*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
- [2] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [3] สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- [4] Simonsson, B., and Molarius, A. (2020). Self-rated health and associated factors among the oldest-old: Results from a cross-sectional study in Sweden. *Archives of Public Health*, 78(1), Article 6.
- [5] Sereny, M. D., and Gu, D. (2011). Living Arrangement Concordance and its Association with Self-Rated Health Among Institutionalized and Community-Residing Older Adults in China. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 26(3), 239-259.
- [6] Straatmann, V. S., Vetrano, D. L., Fratiglioni, L., and Calderón-Larrañaga, A. (2020). Disease or function? What matters most for self-rated health in older people depends on age. *Aging clinical and experimental research*, 32(8), 1591-1594.
- [7] Molarius, A., and Janson, S. (2002). Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of clinical epidemiology*, 55(4), 364-370.
- [8] Cai, J., Coyte, P. C., and Zhao, H. (2017). Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. *International journal for equity in health*, 16(1), 1-27.

- [9] Idler, E. L., and Benyamini, Y. (1997). Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies. *Journal of Health & Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- [10] Bamia, C., Orfanos, P., Juerges, H., Schöttker, B., Brenner, H., Lorbeer, R., Aadahl, M., Matthews, C. E., Klinaki, E., Katsoulis, M., Lagiou, P., Bueno-de-Mesquita, H.B., Eriksson, S., Mons, U., Saum, K. -U., Kubinova, R., Pajak, A., Tamosiunas, A., Malyutina, S., Gardiner, J., Peasey, A., de Groot, L. C., Wilsgaard, T., Boffetta, P., Trichopoulou, A., and Trichopoulos, D. (2017). Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults: Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. *Maturitas*, 103, 37-44.
- [11] Szybalska, A., Broczek, K., Puzianowska-Kuznicka, M., Slusarczyk, P., Chudek, J., Skalska, A., and Mossakowska, M. (2018). Self-rated health and its association with all-cause mortality of older adults in Poland: The PolSenior project. *Archives of gerontology and geriatrics*, 79, 13-20.
- [12] Hu, Y.-N., Chen, P.-C., Hsu, C.-C., Yu, H.-K., Chien, K.-L., Li, C.-C., and Hu, G.-C. (2016). Age and gender differences in the relationship between self-rated health and mortality among middle-aged and elderly people in Taiwan - Results of a national cohort study. *International Journal of Gerontology*, 10(2), 91-95.
- [13] Reyes-Gibby, C. C., Aday, L., and Cleeland, C. (2002). Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*, 95(1-2), 75-82.
- [14] Haseen, F., Adhikari, R., and Soonthornthada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics*, 10, Article 30.
- [15] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- [16] Sereny, M. (2011). Living Arrangements of Older Adults in China: The Interplay Among Preferences, Realities, and Health. *Research on Aging*, 33(2), 172-204.
- [17] Loichinger, E., and Pothisiri, W. (2018). Health prospects of older persons in Thailand: The role of education. *Asian Population Studies*, 14(3), 310-329.
- [18] Punpuing, S., Ingersoll-Dayton, B., Tangchonlatip, K., and Hutaphad, W. (2020). Psychological functioning and living arrangements among older thai people. *Journal of Population Ageing*, 15, 193-216.
- [19] Pothisiri, W., and Quashie, N. T. (2018). Preparations for Old Age and Well-Being in Later Life in Thailand: Gender Matters?. *Journal of Applied Gerontology*, 37(6), 783-810.
- [20] Chen, Y., While, A. E., and Hicks, A. (2015). Self-rated health and associated factors among older people living alone in Shanghai. *Geriatrics & gerontology international*, 15(4), 457-464.
- [21] Srivastava, S., Chauhan, S., and Patel, R. (2020). Socio-economic inequalities in the prevalence of poor self-rated health among older adults in india from 2004 to 2014: A decomposition analysis. *Ageing International*, 46, 182-199.

- [22] ศุทธิดา ชวนวัน, กาญจนา เทียนลาย, และปัทมวัฒน์ เกื้อนกลิ่น. (2563). รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยในเขตเมือง เพื่อสนับสนุนการมีที่อยู่อาศัยและการดูแลที่เหมาะสม. ใน รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- [23] ศุทธิดา ชวนวัน, ภัทราพร ตาสิ่งห์, กัญญา อภิพรชัยสกุล, และกาญจนา เทียนลาย. (2560). การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนซึ่งมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่หลากหลายในสังคมไทย เพื่อประเมินความเข้มแข็งและความต้องการสนับสนุนของครัวเรือน. ใน รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- [24] Gray, R. S., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S., and Thongthai, V. (2008). Inner happiness among Thai elderly. *Journal of cross-cultural gerontology*, 23(3), 211-224.
- [25] Knodel, J., and Chayovan, N. (2008). Intergenerational Relationships and Family Care and Support for Thai Elderly. *Ageing International*, 33(1-4), 15-27.
- [26] Sophonratanapokin, B., Sawangdee, Y., and Soonthornhdada, K. (2012). Effect of the living environment on falls among the elderly in Thailand. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 43(6), 1537-1547.
- [27] Fjell, A., Cronfalk Seiger, B., Hermann, M., Rongve, A., Aßmus, J., Kvinge, L., Seiger, Å., Skaug, K., and Boström, A. M. (2020). Factors associated with self-rated health in a Norwegian population of older people participating in a preventive home visit program: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20(1), Article 323.
- [28] Zhou, Z., Mao, F., Ma, J., Hao, S., Qian, Z. M., Elder, K., Turner, J. S., and Fang, Y. (2018). A Longitudinal Analysis of the Association Between Living Arrangements and Health Among Older Adults in China. *Research on aging*, 40(1), 72-97.
- [29] Henning-Smith, C., and Gonzales, G. (2020). The Relationship Between Living Alone and Self-Rated Health Varies by Age: Evidence from the National Health Interview Survey. *Journal of Applied Gerontology*, 39(9), 971-980.
- [30] Dong, W., Wan, J., Xu, Y., Chen, C., Bai, G., Fang, L., Sun, A., Yang, Y., and Wang, Y. (2017). Determinants of self-rated health among shanghai elders: a cross-sectional study. *BMC public health*, 17(1), Article 807.