

การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

WOMEN'S HEALTH PREPAREDNESS BEFORE ENTERING THE AGEING

ปานจันท์ อิมหน้า¹ เบนจมาต ยศเสนา² และศรีจันท์ พลับจัน³

Panjan Imnum¹ Benchamat Yotsena² and Srijan Pupjain³

^{1,2,3}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

^{1,2,3}Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีในด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจาก “โครงการการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2557” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น จำนวน 9,344 คน และทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 76.01 มีบุตรเฉลี่ย 3 คน และมีสัมพันธภาพในครัวเรือน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) การเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.95 2) การพูดคุยทางโทรศัพท์ในครัวเรือนทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 38.45 และ 3) ไม่มีการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 94.11 รายได้เฉลี่ยต่อปี 30,000-59,999 บาท ร้อยละ 32.62 มีรายได้จากการทำงาน ร้อยละ 84.79 มีความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง ร้อยละ 77.30 ไม่มีความต้องการในการทำงานต่อไปในอนาคต ร้อยละ 49.22 มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.55 และมีการตรวจสุขภาพประจำปีจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 51.74

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพพบว่า สตรีเกือบทั้งหมดปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุดคือ การไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ยังพบว่า มีสตรีถึงร้อยละ 15.55 ที่ไม่ออกกำลังกาย สตรีที่น้ำหนักตัวไม่ถึง 8 แก้วต่อวัน หรือดื่มเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 28.18 และสตรีกินผักผลไม้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 26.16 ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเวลา หรือสุขภาพไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยส่วนใหญ่จะไม่มีเวลา ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จึงทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพลดลง ดังนั้นสตรีที่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือแรงจูงใจเพื่อให้มีสุขภาพ หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมของสตรี ผู้สูงอายุ สุขภาพ

Abstract

The purpose of this quantitative study was to examine the situation of women's health preparedness before entering the Ageing. Data derived from the "National Survey of Elderly population in Thailand, 2014" by the National Statistical Office. The target population was 9,344 respondents aged 50 years old who preferred to answer the questionnaire by themselves. The general characteristics and health preparedness of samples will be analyzed and explained by descriptive statistics.

The results showed that the average age of samples was 55 years old with 82.30% of marital status. Most of them were Buddhist (96.10%) with the education level at primary or lower (76.01%). On the average, the samples had three children. In term of the family relationships, it could be divided into three patterns. Firstly, 38.95 percent of samples had child visitation at least once a year. Secondly, 38.45 percent of them have daily contacted each other by phone. Finally, there was no contact via the internet which accounted for 94.11%. Moreover, the average income per year was 30,000-59,999 Baht (32.62%). Most of them had the working income. 77.30% of samples were satisfied with their financial situation and did not want to work after retirement (49.22%). 62.55 percent of samples were healthy and 51.74 percent had the annual health check from the government service sectors.

In term of the health preparedness, we found that the most of health preparedness that samples had been done well was nonsmoking. However, 15.55 percent of samples had no exercise, 28.18 percent of them drink water less than 8 glasses a day and 26.16 percent did not eat fruits and vegetables. It could be anticipated from these results that those samples possibly had no time to do exercise especially people with low income those work hardly and hesitate to care for their health. Therefore, Women who are not prepared should be encouraged to receive health promotion and be alerted or campaigned for well-being.

Keywords: Women's health preparedness, Elderly person, Health

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ และมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ทั้งจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการเสื่อมสภาพร่างกายจากความชรา สภาพดังกล่าวบั่นทอนศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมดำเนินชีวิตประจำวัน และโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติโดยรวมจากการที่ผู้ทุพพลภาพต้องพึ่งพาด้านการดูแลเกื้อหนุน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องมีมากขึ้น (Berkman & Harootyan, 2003) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าวพบว่า ในภาพรวมของประเทศไทยในช่วงหลังศตวรรษที่ 20 อัตราการตายของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง แต่ภาวะการเจ็บป่วยและทุพพลภาพยังเพิ่มขึ้นอยู่ จึงเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเชิงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่ยังอยู่ในช่วงการขยายตัวของภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่น่าจะเป็นกลุ่มที่มีการขยายตัวของภาวะทุพพลภาพมากกว่าชาย (Jitapunkul, 2000: 42-9) จากผลกระทบทางสุขภาพดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการทุพพลภาพมากกว่าชาย แต่ปัญหาดังกล่าวก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสำคัญในเพศชายเช่นกัน แม้ว่าข้อมูลงานวิจัยของไทยที่ศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุยังมีไม่มาก และพบสอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสพบภาวะทุพพลภาพสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมถึงผลจากปัจจัยหลายประการ อาทิ ปัจจัยด้านสังคม ชุมชน และครอบครัว (Boonyakawee, 2007)

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงเป็นการศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการจัดทำนโยบายในการส่งเสริมให้ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อยุติวัยสูงอายุด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น อันจะทำให้ประชากรของประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามเพศ

บททวนวรรณกรรม

ก. แนวคิดเกี่ยวกับเพศภาวะ (Gender) (Udry, 1994; Casado, 2006) เป็นแนวคิดพื้นฐานในความพยายามที่จะทำความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างเพศบทบาทเพศที่เกิดขึ้นจากสถานภาพทางสังคม จนเกิดการตั้งคำถามถึงความแตกต่างระหว่างเพศ (sex) กับบทบาทในการดำรงชีวิตของแต่ละเพศภาวะ (gender) ที่จะนำไปสู่การศึกษาและวิเคราะห์บทบาทของหญิงชายในสังคมได้อย่างลึกซึ้ง

“เพศ” (sex) หมายถึง ลักษณะทางธรรมชาติหรือทางชีวภาพที่บ่งบอกทางกายภาพว่า เป็นเพศหญิงหรือเพศชาย โดยเกี่ยวกับสรีระโดยตรง เป็นเรื่องของชีววิทยาที่บ่งบอกความเป็นเพศว่า เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (นอกจากการผ่าตัดแปลงเพศที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่เพียงบางส่วนเท่านั้น) ส่วนคำว่า “เพศภาวะ” (gender) หมายถึง รูปแบบของการกระทำที่เชื่อมโยงถึงความเป็นเพศ โดยกำหนดให้แสดงบทบาททางเพศ (บทบาทของเพศหญิง บทบาทของเพศชาย) ตามสรีระทางเพศตามความคาดหวังและเงื่อนไขของวัฒนธรรมทางสังคม การแยกความแตกต่างระหว่าง “เพศ” และ “เพศภาวะ” นั้น นักสตรีนิยมพยายามชี้ประเด็นว่า ในขณะที่ “เพศ” เป็นสภาวะร่างกายที่ธรรมชาติให้มา คนในทุกสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนร่วม และเราไม่สามารถทำการเปลี่ยนแปลงสภาวะดังกล่าวได้ แต่ “เพศภาวะ” คือ คุณสมบัติที่ผันแปรไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

อีกทั้งนักสตรีนิยมหลายคนได้เชื่อว่า สามารถเปลี่ยนแปลงคุณสมบัติทางเพศภาวะได้ ซึ่งถือว่า ทัศนคติดังกล่าวสำคัญยิ่ง ทั้งนี้การให้คุณค่าแก่นมนุษย์แต่ละเพศไม่ทัดเทียมกัน การให้ความสำคัญต่อกิจกรรมของชายเหนือกว่าของสตรี ได้หยั่งรากลึกกลายเป็นความเชื่อและค่านิยมที่สะท้อนออกมาให้เห็นในหลายรูปแบบด้วยกัน อาทิ อุดมการณ์และอุดมคติของสมาชิกในสังคมที่ให้เห็นว่า สตรีด้อยกว่าชายในทุกบทบาทและทุกฐานะ การเลี้ยงลูก งานบ้าน เป็นของสตรีโดยหน้าที่ไม่ใช่หน้าที่

ของผู้ชาย เป็นโครงสร้างทางสังคมที่กำหนดรูปแบบของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ได้แสดงให้เห็นการแบ่งแยกหน้าที่ชัดเจนระหว่างมนุษย์ทั้งสองเพศ รวมทั้งสัญลักษณ์ต่างๆ คำพึงเพย สุภาจิต คำสอน นิทาน หรือวรรณกรรมที่แสดงออกมาให้เห็นถึงความด้อยกว่าของสตรี และในความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศนี้เกิดจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาททางเพศและความสัมพันธ์ระหว่างเพศในสังคม จะขอแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางธรรมชาติ (Nature) และปัจจัยทางสังคม (Culture) ดังนี้

ข. ความแตกต่างทางเพศ กับการเจ็บป่วยเป็นโรค และการดูแลสุขภาพ Yount & Agree (2005) ได้กล่าวว่า เป็นปัจจัยภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลในระดับสูงต่อการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง ปัญหาบกพร่อง ขาพิการ ซึมเศร้า สูบบุหรี่ และความบกพร่องในการมองเห็น (Stuck et al., 1999) นอกจากนี้การมีโรคร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตเชิงสุขภาพที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญ (Lima et al., 2009) จากงานวิจัยต่างประเทศพบว่า การมีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีผลต่อการดูแลสุขภาพแบบ ADL มากกว่า IADL โดยโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีภาวะพึ่งพา ADL ได้แก่ หัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และต้อหิน หลอดลมอักเสบเรื้อรัง ข้ออักเสบ กระดูกพรุน โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน พาร์กินสัน สมอเสื่อม กระดูกสะโพกหัก และโรคปอดเรื้อรัง

การศึกษาวิจัยในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยที่มากกว่าเพศชาย ทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการผู้สูงอายุปี 2549 พบว่า เพศหญิงพบโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 53.3 และ 41.4 โดยโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพผู้สูงอายุตามความชุก ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อกระดูกร้อยละ 11.5 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.9 โรคต่อมไทรอยด์ และโรคเบาหวานร้อยละ 3.4 โรคหัวใจร้อยละ 1.9 และ

โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.6 และปัญหาการเจ็บป่วยไม่สบายเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ และโดยรวมร้อยละ 40.3 และ 35.0 (Institute of Geriatric Medicine, 2010) นอกจากนี้สภาพการเจ็บป่วย และโรคที่พบบ่อย ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพในระดับสูงตามลำดับ ได้แก่ โรคอัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับการเห็น โรคการได้ยิน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (Krungkrai 1997; Jitapunkul, 1997) โดยโรคหลอดเลือดสมอง และแขนขาอ่อนแรงเป็นโรคที่รุนแรง และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพในผู้สูงอายุเพศหญิงมากที่สุด (Jitapunkul, 1997) ส่วนโรคข้อและกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบเป็นปัญหาในเพศหญิงบ่อยที่สุด (Boonyakawee, 2007) แต่จะมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพในระดับที่ไม่รุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่เกี่ยวข้องความผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และจะมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยมีความชุกในชุมชนร้อยละ 8-15 แต่ถ้าวินิจฉัยทางการแพทย์จะสูงถึงร้อยละ 17-35 และจะพบมากขึ้นในกลุ่มที่ติดสุราและสารเสพติด รวมทั้งมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40-60 และมีแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายร้อยละ 4-5 แต่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า ซึ่งอธิบายว่า ส่วนหนึ่งมีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาทในสมองและฮีสตามีน รวมทั้งปัญหาทางจิตใจ เช่น การเสียบุตร คู่สมรส และความเครียด และโรคนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยสุขภาพที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วย รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ลดลง ในวัยชรา (จากข้อมูลที่ถูกกล่าวมาจะเห็นได้ว่า เพศชายมีความชุกโรคเรื้อรังที่รุนแรงในระดับที่ใกล้เคียงกับเพศหญิง แต่เพศหญิงจะมีความชุกโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรงหลายโรคในระดับที่สูงกว่าชาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเหตุผลจากอัตรา

การตายของเพศหญิงที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลงานศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความชุก และมีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพในเพศหญิงมากกว่าชาย โดยเป็นผลจากสภาพการเจ็บป่วยรุนแรงแบบเฉียบพลันถึงตายที่มีน้อยกว่า และการฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยได้ยากกว่า ส่วนโรคที่รุนแรง เช่น โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพในเพศชายมากกว่าหญิง จากสถานการณ์การทุพพลภาพของเพศหญิงที่เกิดขึ้นมากกว่าเพศชายในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะถ้าหากสตรีมีการเตรียมความพร้อมก่อนย่อมลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองให้มีความพร้อมในการรับมือกับสุขภาพของตนเอง

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีในด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก “โครงการการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2557” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการเมื่อเดือนสิงหาคม 2557 ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป (National Statistical Office, 2014) สำหรับการนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นนี้ ผู้ศึกษาได้คำนวณค่าถ่วงน้ำหนักใหม่เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรของประเทศ โดยเป็นตัวอย่างที่ผู้ศึกษาเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น จำนวน 9,344 คน และในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ ทำการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจะใช้สถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่และอัตราร้อยละ ในกรณีที่ข้อมูลในระดับช่วงขึ้นไปจะเพิ่มการนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรก จะเป็นผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และส่วนที่ 2 จะเป็นผลการวิเคราะห์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรี ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต ภาวะสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังแสดงในตารางที่ 1

1.1 ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วยตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ซึ่งผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1) อายุ ตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 50 ปี และอายุมากที่สุดคือ 59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี

2) สถานภาพสมรส พบว่า ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 และเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ร้อยละ 17.64 ส่วนสถานภาพโสดมีเพียงร้อยละ 0.06

3) ศาสนา พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.18 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.70 และศาสนาอื่นๆ เพียงร้อยละ 0.02 ตามลำดับ

4) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาสูงสุดของตัวอย่างพบว่า ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 76.01

รองลงมาคือ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ปริญญาตรี ร้อยละ 8.39 ไม่เคยเรียน ร้อยละ 5.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษา ตอนปลายหรือเทียบเท่าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 4.13 และร้อยละ 4.02 และระดับการศึกษาอื่นๆ หรือ ไม่ทราบ ร้อยละ 0.03

1.2 ปัจจัยทางสังคม

1) การมีบุตร พบว่า ตัวอย่างมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คน และเมื่อแยกพิจารณาเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรระหว่าง 1-3 คน ร้อยละ 85.70 รองลงมาคือ มีจำนวนบุตรระหว่าง 4-6 คน ร้อยละ 13.34 และมีบุตรตั้งแต่ 7 คนขึ้นไปเพียงร้อยละ 0.96 ตามลำดับ

2) สถานภาพการทำงาน การทำงานของ ตัวอย่างพบว่า ทำงานเป็นผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน โดย ไม่ได้รับค่าจ้างมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 42.52 รองลงมา เป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ร้อยละ 33.83 เป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 12.29 ลูกจ้างรัฐบาล ร้อยละ 9.23 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.35 และเป็นสมาชิก ของการรวมกลุ่มผู้ผลิต ร้อยละ 0.11 ตามลำดับ

3) สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

3.1) การเยี่ยมเยียนจากบุตร พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 38.95 ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รองลงมาได้รับการเยี่ยมเยียน จากบุตรทุกเดือน ร้อยละ 25.02 ส่วนตัวอย่างที่ได้รับการ เยี่ยมเยียนจากบุตรทุกวันหรือเกือบทุกวันและได้รับการ เยี่ยมเยียนทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 16.58 และร้อยละ 15.74 ส่วนตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับ การเยี่ยมเยียนจากบุตรมีเพียงร้อยละ 3.71 ตามลำดับ

3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์ พบว่า ตัวอย่างที่ได้รับการพูดคุยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกวัน หรือเกือบทุกวันและได้รับการพูดคุยทุกสัปดาห์มีสัดส่วน ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 38.45 และร้อยละ 36.39 รองลงมาคือ ได้พูดคุยกันทุกเดือน ร้อยละ 17.66 ไม่เคย

ติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ ร้อยละ 6.05 และได้พูดคุยกัน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 1.45 ตามลำดับ

3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.11 ไม่เคยติดต่อ สมาชิกในครัวเรือนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต รองลงมา เคยติดต่อทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 3.80 ติดต่อกัน ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 1.43 และเคยติดต่อกันทุกเดือนหรือ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 0.51 และร้อยละ 0.15 ตามลำดับ

1.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

1) รายได้ต่อปี พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 32.62 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาท รองลงมา มีรายได้ต่อปีระหว่าง 100,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 30.26 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 60,000-99,999 บาท ร้อยละ 26.17 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 9.43 และมีรายได้ต่ปีต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 1.53 ตามลำดับ

2) แหล่งรายได้ พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่ มีแหล่งรายได้หลักมาจากการทำงานถึงร้อยละ 84.79 รองลงมาจากคู่สมรส ร้อยละ 7.18 มาจากบุตร ร้อยละ 7.00 มาจากดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน ร้อยละ 0.90 มาจากพ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ ร้อยละ 0.06 จาก บำเหน็จ/บำนาญ ร้อยละ 0.04 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 0.02 และมาจากกองทุนประกันสังคม ร้อยละ 0.01 ตามลำดับ

3) ความพึงพอใจในภาวะการเงินของ ตนเอง พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจ ร้อยละ 77.30 ไม่พอใจในภาวะการเงินของตนเอง ร้อยละ 19.19 และมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 3.51 ตามลำดับ

1.4 ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต

พบว่า ตัวอย่างไม่ต้องการทำงานในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 49.22 ต้องการงานและกำลังทำงานหรือกำลังหางาน ทำ ร้อยละ 45.84 และต้องการงานแต่ไม่หางานทำ ร้อยละ 4.94

1.5 ภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 62.55 รองลงมา มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 26.74 มีภาวะสุขภาพในระดับดีมากและไม่ดี ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 5.30 และร้อยละ 5.19

และมีภาวะสุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 0.22 ตามลำดับ

1.6 การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ตัวอย่าง มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจาก สถานบริการของรัฐ ร้อยละ 51.74 ได้รับการตรวจจาก สถานบริการเอกชน ร้อยละ 46.18 และไม่ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 2.08 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (9,344)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยทางประชากร		
อายุ		
ค่าเฉลี่ย = 54.61 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.79 ปี		
ค่าต่ำสุด = 50 ปี ค่าสูงสุด = 59 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	6	0.06
สมรส	7,689	82.30
เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก)	1,649	17.64
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียน	535	5.72
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	7,102	76.01
มัธยมศึกษาตอนต้น	386	4.13
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	376	4.02
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	158	1.69
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	784	8.39
อื่นๆ/ไม่ทราบ	3	0.03
ปัจจัยทางสังคม		
การมีบุตร		
1-3 คน	8,008	85.70
4-6 คน	1,246	13.34
7 คนขึ้นไป	90	0.96
ค่าเฉลี่ย = 2.55 คน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.12 คน		
ค่าต่ำสุด = 1 คน ค่าสูงสุด = 13 คน		

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (9,344) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพการทำงาน		
นายจ้าง	156	1.67
ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง	3,161	33.83
ผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง	3,972	42.52
ลูกจ้างรัฐบาล	863	9.23
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ	33	0.35
ลูกจ้างเอกชน	1,149	12.29
สมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต	10	0.11
สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน		
1) การเยี่ยมเยียนจากบุตร		
ไม่เคยติดต่อ	346	3.71
เคยติดต่อทุกวัน/เกือบทุกวัน	1,550	16.58
เคยติดต่อทุกสัปดาห์	1,469	15.74
เคยติดต่อทุกเดือน	2,338	25.02
เคยติดต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3,641	38.95
2) การพูดคุยทางโทรศัพท์		
ไม่เคยติดต่อ	565	6.05
เคยติดต่อทุกวัน/เกือบทุกวัน	3,593	38.45
เคยติดต่อทุกสัปดาห์	3,399	36.39
เคยติดต่อทุกเดือน	1,651	17.66
เคยติดต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	136	1.45
3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต		
ไม่เคยติดต่อ	8,793	94.11
เคยติดต่อทุกวัน/เกือบทุกวัน	355	3.80
เคยติดต่อทุกสัปดาห์	134	1.43
เคยติดต่อทุกเดือน	48	0.51
เคยติดต่ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	14	0.15
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ		
รายได้ต่อปี		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	143	1.53
10,000-29,999 บาท	881	9.43
30,000-59,999 บาท	3,047	32.62
60,000-99,999 บาท	2,445	26.17
100,000 บาทขึ้นไป	2,828	30.26

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (9,344) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งรายได้		
ไม่มีรายได้	2	0.02
ทำงาน	7,922	84.79
บำเหน็จ/บำนาญ	4	0.04
กองทุนประกันสังคม	1	0.01
ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน	84	0.90
คู่สมรส	670	7.18
บุตร	654	7.00
พ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ	7	0.06
ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง		
พอใจมาก	328	3.51
พอใจ	7,224	77.30
ไม่พอใจ	1,792	19.19
ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต		
ต้องการ (กำลังทำงาน/หางานทำ)	4,285	45.84
ต้องการ (ไม่หางานทำ)	462	4.94
ไม่ต้องการ	4,597	49.22
ภาวะสุขภาพ		
ดีมาก	495	5.30
ดี	5,845	62.55
ปานกลาง	2,498	26.74
ไม่ดี	485	5.19
ไม่ดีมากๆ	21	0.22
การตรวจสอบสุขภาพประจำปี		
ตรวจจากสถานบริการของรัฐ	4,834	51.74
ตรวจจากสถานบริการเอกชน	4,315	46.18
ไม่ตรวจ	195	2.08

2. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

ตารางที่ 2 การกระจายอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด จำแนกตามการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ (N = 9,344)

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ		ร้อยละ
ได้เตรียม (10 คะแนน)		27.38
ไม่ได้เตรียม (2-9 คะแนน)		72.62
ค่าเฉลี่ย = 8.45 คะแนน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.38 คะแนน	
ค่าต่ำสุด = 2 คะแนน	ค่าสูงสุด = 10 คะแนน	
ออกกำลังกาย		
ทำเป็นประจำ (2 คะแนน)		43.27 (4,043)
ทำเป็นบางครั้ง (1 คะแนน)		41.18 (3,848)
ไม่ทำ (0 คะแนน)		15.55 (1,453)
กินผัก/ผลไม้		
ทำเป็นประจำ (2 คะแนน)		73.38 (6,857)
ทำเป็นบางครั้ง (1 คะแนน)		26.16 (2,444)
ไม่ทำ (0 คะแนน)		0.46 (43)
ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว หรือมากกว่า		
ทำเป็นประจำ (2 คะแนน)		68.09 (6,362)
ทำเป็นบางครั้ง (1 คะแนน)		28.18 (2,633)
ไม่ทำ (0 คะแนน)		3.73 (349)
ดื่มแอลกอฮอล์		
ทำเป็นประจำ (0 คะแนน)		1.34 (125)
ทำเป็นบางครั้ง (1 คะแนน)		11.14 (1,041)
ไม่ทำ (2 คะแนน)		87.52 (8,178)
สูบบุหรี่		
ทำเป็นประจำ (0 คะแนน)		2.33 (218)
ทำเป็นบางครั้ง (1 คะแนน)		1.05 (98)
ไม่ทำ (2 คะแนน)		96.62 (9,028)

ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้คือ การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยผู้วิจัยได้วัดจากคะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า สตรีมีคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพียงเรื่องเดียว และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในทุกเรื่องที่สตรีพึงกระทำก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยพบว่า สตรีมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพถึงร้อยละ 72.62 ขณะที่สตรีที่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเป็นประจำในทุกเรื่องที่พึงกระทำเพียงร้อยละ 27.38 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ของสตรีเกือบทั้งหมดปฏิบัติได้เหมาะสมมากที่สุด แต่ในพฤติกรรมการออกกำลังกาย ยังพบว่า มีสตรีถึงร้อยละ 15.55 ที่ไม่ออกกำลังกาย และมีถึงร้อยละ 41.18 ที่ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง และยังมิสูดถึงร้อยละ 28.18 ดื่มน้ำสะอาดไม่ถึง 8 แก้วต่อวันหรือดื่มเป็นบางครั้ง มีร้อยละ 26.16 ที่กินผักผลไม้เป็นบางครั้ง ซึ่งอาจเป็นเพราะไม่มีเวลา หรือสุขภาพไม่เอื้ออำนวย โดยเฉพาะผู้ที่มิรายได้น้อยส่วนใหญ่จะไม่มีเวลา ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จึงทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพลดลง สำหรับกรณีที่ยังมีสตรีบางส่วนดื่มแอลกอฮอล์ กรณีนี้ควรณรงค์เพื่อลดอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยสูงอายุเพื่อสตรีจะได้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมต่อไป ดังตารางที่ 2

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ การเตรียมความพร้อมของสตรีทางด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanaroogi (2013) การที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมที่ให้ความสนใจเรื่องการเจ็บป่วย และรับการตรวจสุขภาพ

ประจำปีในสัดส่วนที่สูงกว่า จะส่งผลให้เพศหญิงได้ประโยชน์จากการได้รับการวินิจฉัย คำแนะนำ และรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งเพศหญิงจะต้องประสบปัญหาเหล่านี้ในวัยสูงอายุมากกว่าชาย ดังนั้นปัจจัยนี้จึงน่าจะมีอิทธิพลช่วยลดการเจ็บป่วยทุพพลภาพในเพศหญิงได้มากกว่าชาย แม้ว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคที่ดีจะมีสัดส่วนที่สูงกว่าเพศชายอยู่บ้าง แต่พฤติกรรมเสี่ยงทั้งบุหรี่และสุรามีส่วนในเพศหญิงน้อยกว่าชายค่อนข้างมาก รวมทั้งการตรวจร่างกายประจำปียังมีสัดส่วนในเพศหญิงที่สูงกว่า ดังนั้น ในภาพรวมผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย และงานวิจัยต่างประเทศพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพหลายอย่างมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยทุพพลภาพในเพศหญิงมากกว่าชาย ได้แก่ การกินเหล้า สูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกายเพียงพอ ปัญหาด้านโภชนาการ (Casado, 2006; Jagger et al., 2006; Murtagh, Helen & Hubert, 2004) รวมทั้งข้อมูลงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้งในและต่างประเทศที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งการออกกำลังกาย การบริโภค ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง และการตรวจร่างกาย มีผลเชิงบวกต่อเพศหญิงมากกว่า ดังนั้นโดยรวมแล้ว ปัจจัยพฤติกรรมเชิงสุขภาพน่าจะมีอิทธิพลต่อการทุพพลภาพของเพศหญิงมากกว่าชาย ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเร่งด่วน เพื่อลดปัญหาสุขภาพแก่สตรีสูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุโดยรวมพบว่า ร้อยละ 27.38 ของสตรีได้เตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมในพฤติกรรมแต่ละด้านแล้วสตรีส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในทุกด้าน ในขณะที่พฤติกรรมที่สตรีไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การกินผักผลไม้ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์

และการไม่สูบบุหรี่ ตามลำดับ ดังนั้นสตรีที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่ได้เตรียมความพร้อมทางสุขภาพในด้านต่างๆ เหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือแรงจูงใจเพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพระยะยาวจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเน้นการดูแลแบบองค์รวมในมิติสุขภาพ เนื่องจาก

ประเทศไทยยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพจึงทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะหน่วยงานท้องถิ่น ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองในมิติด้านสุขภาพเพื่อลดความรู้สึกลังเลในการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีสูงอายุที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากกว่าเพศชาย

References

- Berkman, B. & Harootyan, L. (2003). *Social Work and Health Care in Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research*. New York: Springer.
- Boonyakawee, C. (2007). *The Functional Disability of the Elderly in Tambon Krabi-noi Muang District, Krabi Province, Thailand*. Public Health Thesis. College of Public Health Science, Chulalongkorn University. [in Thai]
- Bootsma-van der Wiel, A., de Craen, A. J., Exel, E. V., Macfarlane, P. W., Gussekloo, J. & Westendorp, R. (2005). Association between chronic diseases and disability in elderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus study. *European Journal of Public Health*, 15(5), 494-497.
- Casado, R. L. (2006). *Gender different in association between disability and mortality in the elderly*. Doctoral Thesis, Health and Life Sciences Faculty, Pompeu University.
- Institute of Geriatric Medicine. (2010). *Elderly Situation Report 2010*. Bangkok. [in Thai]
- Jagger, C., Mathews, R. J., Mathews, F. E. & Spier, N. A. (2006). Cohort difference in disease and disability in young-old: finding from MRC Cognitive Function and Aging Study (MRC-CFAS). *BMC Public Health*, 7, 156-167.
- Jitapunkul, S. (1997). The health survey of older persons. In *the health survey of population from the second of physical examination (1996-1997)*. (p.83-117). Bangkok: Strategy and Planning Division Ministry of Public Health. [in Thai]
- Jitapunkul, S. (2000). Chronic Disease and Disability Proliferation in Thai Population: Assumptions Based on Research Data in the Elderly Population. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 3(2), 42-49. [in Thai]
- Krungkrai, N. (1997). *Disability status among elderly living in central region of Thailand*. The Master Degree in Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. [in Thai]

- Lima, M. G., Barros, M. B., Cesar, C. L., Goldbaum, M., Carandina, L. & Ciconelli, R. M. (2009). Impact of Chronic Disease on Quality of Life Among the Elderly in the State of Sao Paulo, Brazil: A Population-Based Study. *Pan Am J Public Health*, 25(4), 314-321.
- Murtagh, K. N., Helen, M. A. & Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health*, 94, 1406-1411.
- National Statistical Office. (2014). *Thai Elderly Mental Health Report*. Bangkok. [in Thai].
- Promotion and Elderly Care Ministry of Social Development and Human Security. (2013). *Report of the Study on Monitoring and Evaluation Project of the National Elderly Plan No. 2 (2011-2021) Phase 2 (2007-2011)*. College of Population Studies, Chulalongkorn University. [in Thai]
- Songsraboon, R. (2014). Model of Health Care Service Affecting the Satisfaction of Patient in Internal Medicine Department Selected Private Hospitals. *Sipakorn University Journal*, 34(3), 151-170. [in Thai]
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nicholas, T., Bula, C. J., Hohmann, C. & Beck, J. C. (1999). Risk for functional status decline in community-living elderly people: A systematic review. *SocSci Med*, 48(4), 445-69.
- Suwannarooji, D. (2013). *Determinant Factors of Disability Between Female and Male Elderly in Thailand*. The degree of doctor of demography, College of Population Studies, Chulalongkorn University. [in Thai]
- Udry, J. R. (1994). The Nature of Gender. *Demography*, 31(4), 561-573.
- Yotsena, B (2016). *Quality of Population Acceptance of Globalization and Value of Older person*. The degree of doctor of demography, College of Population Studies, Chulalongkorn University. [in Thai]
- Yount, K. M. & Agree, E. M. (2005). Differences in Disability among Older Women and Men in Egypt and Tunisia. *Demography*, 42(1), 169-87.



Name and Surname: Panjan Imnum

Highest Education: Master of Nursing Science (Midwifery),
Chiangmai University

University or Agency: Boromarajonani College of Nursing,
Nakhon Lampang

Field of Expertise: Midwifery

Address: 239 Moo 2, Paholyothin Rd., Pichai, Mueang, Lampang 52000



Name and Surname: Benchamat Yotsena

Highest Education: Doctor Of Philosophy (Demography),
Chulalongkorn University

University or Agency: Boromarajonani College of Nursing, Nakhon
Lampang

Field of Expertise: Demography

Address: 57 Moo 14, Paholyothin Rd., Pichai, Mueang, Lampang 52000



Name and Surname: Srijan Pupjain

Highest Education: Doctor Of Philosophy (Immunology),
Newcastle University, UK

University or Agency: Boromarajonani College of Nursing,
Nakhon Lampang

Field of Expertise: Immunology

Address: 360 Moo 4, Lampang-Maeta Rd., Kluai Pae,
Mueang, Lampang 52000