

# บทที่ 1

## บทนำ



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมากในการลดภาวะเจริญพันธุ์ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ผลของการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในโครงสร้างทางอายุของประชากร กล่าวคือ ในแต่ละปีจะมีเด็กที่เกิดใหม่จำนวนน้อยลง ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มจำนวนขึ้น เนื่องจากอัตราเกิดที่สูงในอดีตและผลจากการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้อายุคาดหมายโดยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น ข้อมูลจากสำมะโนประชากรปี 2503 2513 2523 และ 2533 แสดงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 4.6 เป็นร้อยละ 4.9 ร้อยละ 5.5 และร้อยละ 8.1 ตามลำดับ และประชากรผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวในช่วงเวลา 20 ปี โดยเพิ่มจาก 1.2 ล้านคนใน สำมะโน 2503 เป็น 2.4 ล้านคนในสำมะโน 2523 (สำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2503, 2513, 2523 และ 2533)

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ภายใต้ข้อสมมติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลาง โดยคณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากรภายใต้คณะกรรมการนโยบายและแผนประชากรแสดงถึงจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นอีกเท่าตัว ภายในระยะเวลาเพียง 18 ปีข้างหน้า กล่าวคือ จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มจาก 4.5 ล้านคน ในปี 2540 เป็น 8.4 ล้านคน ในปี 2558 (การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2525 - 2558)

การเปลี่ยนแปลงในเรื่องสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุนี้มีผลให้อัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระ (Elderly dependency ratio) เพิ่มสูงขึ้น จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ภายใต้ข้อสมมติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลาง พบว่า อัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มจาก 11.3 ในปี 2540 เป็น 16.9 ในปี 2558 ซึ่งหมายถึง ประชากรวัยแรงงาน (ประชากรอายุระหว่าง 15 - 59 ปี) จำนวน 100 คนต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ (ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มจาก 12 คน ในปี 2540 เป็น 17 คน ในปี 2558

โดยปกติเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพร่างกาย ความเป็นผู้สูงอายุมักจะนำมาซึ่งความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยเสื่อมแห่งสภาพร่างกาย ขาดความต้านทานโรค ติดโรคได้ง่าย และถ้าเจ็บป่วยจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน อาการจะเรื้อรัง (ธระ สุวัจน์, 2533 : 72) จากการศึกษาของนิสา ชูโต (2525) พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสุขภาพ และร้อยละ 15 ถึงกับล้มหมอนนอนเสื่อ อีกร้อยละ 2 เจ็บป่วยจนต้องนอนเกือบตลอดเวลา จากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่า ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญอันดับสองสำหรับผู้สูงอายุรองจากปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยพบว่า ร้อยละ 34 ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางกาย

การวัดภาวะสุขภาพในทางสังคมศาสตร์มีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การประเมินสุขภาพโดยตนเอง การป่วยเป็นโรค การไร้ความสามารถทางกายและการรับรู้ การซึมเศร้าและหดหู่ (Weeks, 1984: 228)

จำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุก็เป็นมาตราชการหนึ่งในการประเมินภาพรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ยิ่งผู้สูงอายุมีจำนวนโรคที่เป็นมากก็มักจะมีภาวะสุขภาพไม่ดี ดังนั้นการศึกษาถึงปริมาณหรือจำนวนโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของปริมาณหรือจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญในการเป็นข้อมูลช่วยให้การกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตรงกับเงื่อนไขและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และช่วยลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยนี้มีทั้งการเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง การเจ็บป่วยชนิดเฉียบพลันมีอัตราการเกิดในวัยสูงอายุและวัยผู้ใหญ่ได้เท่าๆกัน แต่การเจ็บป่วยชนิดเรื้อรังมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้น (George, 1996: 229) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งของตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมักมีการฟื้นตัวจากโรคที่เป็นซ้ำ (Weeks, 1984: 229) หรือการฟื้นตัวจากโรคอาจเป็นไปได้ไม่เต็มที่ (George, 1996: 229) จึงมีผลทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2538: 77) และจากการที่ผู้สูงอายุมักถูกรบกวนจากโรคเรื้อรัง ซึ่งมักรักษาไม่หาย มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย มีผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุยิ่งเสื่อมสภาพลง ดังนั้นการเข้าใจถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเหล่านี้ จึงมีความสำคัญในการกำหนดแนวทางการป้องกันการเจ็บป่วยต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและภาวะที่ดี (Well-being) ให้แก่ผู้สูงอายุ อันเป็นการลดภาระให้แก่ทั้งครอบครัวของผู้สูงอายุเอง สังคม และประเทศชาติ

ด้วยเหตุผลสำคัญดังกล่าว จึงน่าสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณโรคที่เป็นและโรคนำหรือโรคสำคัญบางโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่ยืนยาวและแข็งแรง อันเป็นด้านหนึ่งของภาวะที่ดี (Well-being) ของผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปริมาณโรคที่เป็นในผู้สูงอายุจากโรคจำนวน 16 โรคในแบบสอบถาม และระดับการเป็นโรคนำบางโรค ได้แก่ โรคปวดหลัง/เอว และโรคไขข้ออักเสบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลกับจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ การเป็นโรคปวดหลัง/เอว และการเป็นโรคไขข้ออักเสบของผู้สูงอายุ

## แนวคิดเชิงทฤษฎี

ทฤษฎีทางระบาดวิทยา (Epidemiology) กล่าวถึง การเจ็บป่วยของประชากรว่า เกิดจากความไม่สมดุลของปัจจัยหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ ตัวเชื้อโรค (Agent) บุคคลที่จะรับเชื้อ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่จะนำเชื้อโรคสู่คน เมื่อใดที่เกิดความไม่สมดุลของปัจจัยทั้งสามประการ เช่น เชื้อโรคอาจมีความแข็งแรงมาก หรือบุคคลมีความอ่อนแอ เพราะอายุ อาชีพ และวิธีการดำเนินชีวิตที่ง่ายต่อการเกิดโรค หรือสิ่งแวดล้อมเปิดโอกาสให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรค ภาวะเจ็บป่วยก็เกิดขึ้นได้ (สันตติเสริมศรี, 2525: 138 - 139) เนื่องจากการศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาทางสังคมศาสตร์ จึงสนใจเพียงปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อการเจ็บป่วยสองประการหลัง ส่วนปัจจัยประการแรก ได้แก่ ตัวเชื้อโรค (Agent) นั้นเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์ ในการศึกษาต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มาทำการศึกษาดูทดลองซึ่งทำได้ยาก และโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมักเกิดจากพฤติกรรมของบุคคลที่จะรับเชื้อเอง

**แนวคิดของ Whaley (1972)** กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล ว่ามีองค์ประกอบด้วยกัน 4 ประการ ดังนี้

1. **องค์ประกอบทางด้านพันธุกรรม (Heredity)** หมายถึง การสืบทอดลักษณะต่างๆ ของพ่อแม่ไปสู่ลูกหลาน พันธุกรรมจึงเป็นตัวกำหนดลักษณะต่างๆ ของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิด ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านพันธุกรรมจึงเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยมาตั้งแต่เกิด ซึ่งยากที่จะแก้ไขให้คืนสู่สภาพปกติได้

2. **องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อชีวิตตั้งแต่แรกเกิดและเป็นสิ่งที่มนุษย์เราสามารถที่จะแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมได้ สิ่งแวดล้อมดังกล่าว ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีย่อมส่งผลให้สุขภาพเบี่ยงเบนเกิดความเจ็บป่วยได้

3. **องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมอนามัย (Health behavior)** หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติ โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดสุขภาพและสวัสดิการที่ดีแก่ตนเอง พฤติกรรมสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่นเดียวกับสิ่งแวดล้อม การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องขาดความรับผิดชอบต่อตนเองย่อมก่อให้เกิดการเบี่ยงเบนของสุขภาพและเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้

4. **องค์ประกอบทางด้านบริการสาธารณสุข (Public Health Services)** เป็นความพยายามที่จะทำให้ชีวิตมนุษย์ยืนยาวขึ้นโดยจัดให้มีการบริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

**แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ** โดยสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2538: 27 - 38) กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพเปลี่ยนแปลง มีด้วยกัน 2 กลุ่มคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลโดยตรงซึ่งบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยภายในประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางกาย องค์ประกอบทางจิต และองค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. **องค์ประกอบทางกาย** คือ องค์ประกอบที่เป็นมาตั้งแต่เกิด ได้แก่

1.1. **พันธุกรรม** การถ่ายทอดทางพันธุกรรมนั้นเป็นที่ยอมรับว่า ทำให้มีผลต่อสุขภาพของวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุมากทั้งในทางบวกและทางลบ

1.2. **เชื้อชาติ** เชื้อชาติบางเชื้อชาติป่วยเป็นโรคบางโรคมากกว่าเชื้อชาติอื่น เช่น โรคโลหิตจางบางชนิดเป็นในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว

1.3. **เพศ** โรคบางโรคพบบ่อยในเพศใดเพศหนึ่ง โรคที่พบบ่อยในเพศหญิง เช่น โรคหัวใจในหญิงน้ำดี โรคต่อมไทรอยด์ โรคกระดูกพรุน โรคข้ออักเสบ โรคที่พบบ่อยในเพศชาย เช่น โรคกระเพาะอาหาร ไข้เลือดออก โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น

1.4. **อายุ** โรคจำนวนมากมีความชุกแตกต่างกันตามอายุ เช่น วัยกลางคนและผู้สูงอายุ เป็นโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบมากกว่าวัยหนุ่มสาว ทฤษฎีของการสูงอายุว่าด้วยความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Error Theory) กล่าวว่า เมื่อคนหรือสัตว์มีอายุมากขึ้นยีนส์ของคนหรือสัตว์นั้นจะค่อยๆ เกิดความผิดปกติ และความผิดปกตินี้จะค่อยๆ มากขึ้นจนถึงจุดหนึ่งที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลงและหมดพลัง (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539: 12)

2. **องค์ประกอบทางจิต** ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน สภาพอะไรก็ตามที่กระทบกระเทือนทางด้านร่างกายก็จะกระทบกระเทือนต่อจิตใจด้วย และเช่นเดียวกัน สภาพอะไรก็ตามที่กระทบกระเทือนต่อจิตใจก็จะกระทบกระเทือนต่อร่างกายด้วยเช่นกัน

3. **องค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle)** พฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันนับเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นองค์ประกอบที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งพบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของประชาชนที่เสียชีวิตในอเมริกามีสาเหตุมาจากการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง (Walker et. al, 1988: 76 - 89) แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่

3.1. **พฤติกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ได้แก่

3.1.1. **พฤติกรรมการรับประทานอาหาร** นิสัยการรับประทานอาหารเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและความชอบของแต่ละคน พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมาก บางคนไม่ชอบรับประทานผักและผลไม้ทำให้กากอาหารน้อย เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ได้ บางคนชอบหรือไม่ชอบรับประทานอาหารบางประเภททำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาอาจทำให้เป็นโรคกระเพาะอาหารได้ จากการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายในวัยผู้ใหญ่พบว่า ปัจจัย 2 ใน 7 ประการเกี่ยวข้องกับอาหารมื้อเช้าและน้ำหนักตัว (Breslow Engstrom : 1980, Earls and Montgomery 1986 : 21 - 35 อ้างในสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2538: 31)

3.1.2. **พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล** เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการมีอนามัยที่ดี ได้แก่ การแปรงฟัน การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า

3.1.3. **พฤติกรรมการพักผ่อนและการนอนหลับ** เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าร่างกายต้องการการพักผ่อน และการพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอนหลับ ผู้ที่พักผ่อนไม่เพียงพอจะมีผลเสียต่อสุขภาพ

3.2. **พฤติกรรมที่ไม่ใช่กิจวัตรประจำวัน** หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน แต่เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำในบางคน พฤติกรรมเหล่านี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.2.1. **พฤติกรรมสุขภาพ** ได้แก่ พฤติกรรมที่คนทำแล้วเชื่อว่าทำให้ตนมีสุขภาพดี ได้แก่ **พฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** เช่น การออกกำลังกาย การตรวจร่างกาย การแสวงหาอายุวัฒนะมาบำรุงร่างกาย

**พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรเพื่อดูแลสุขภาพ** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุข หรือการเลือกใช้บริการแบบใดแบบหนึ่งตามความเชื่อของบุคคล

3.2.2. **พฤติกรรมเสี่ยง** คือ พฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วเกิดผลเสียต่อสุขภาพหรือเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่ร่างกาย เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

### ปัจจัยภายนอก

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ นอกจากปัจจัยภายในที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับบุคคลแล้ว ปัจจัยภายนอกนั้นมีความสำคัญไม่น้อยในแง่ของผลกระทบต่อสุขภาพ ปัจจัยภายนอกนี้ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบทางสังคมและองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **องค์ประกอบทางสังคม** ในแต่ละสังคมมักประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ดังเช่น การศึกษา อาชีพ และเศรษฐกิจ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1. **การศึกษา** การศึกษาที่จัดให้แก่บุคคลในสังคมจะมีผลต่อสุขภาพของบุคคลในสังคม เช่น การศึกษาที่ให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ อย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ พฤติกรรมเหล่านี้จะติดเป็นนิสัยที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้ระดับการศึกษาของแต่ละคนยังเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการดำเนินชีวิตด้วย

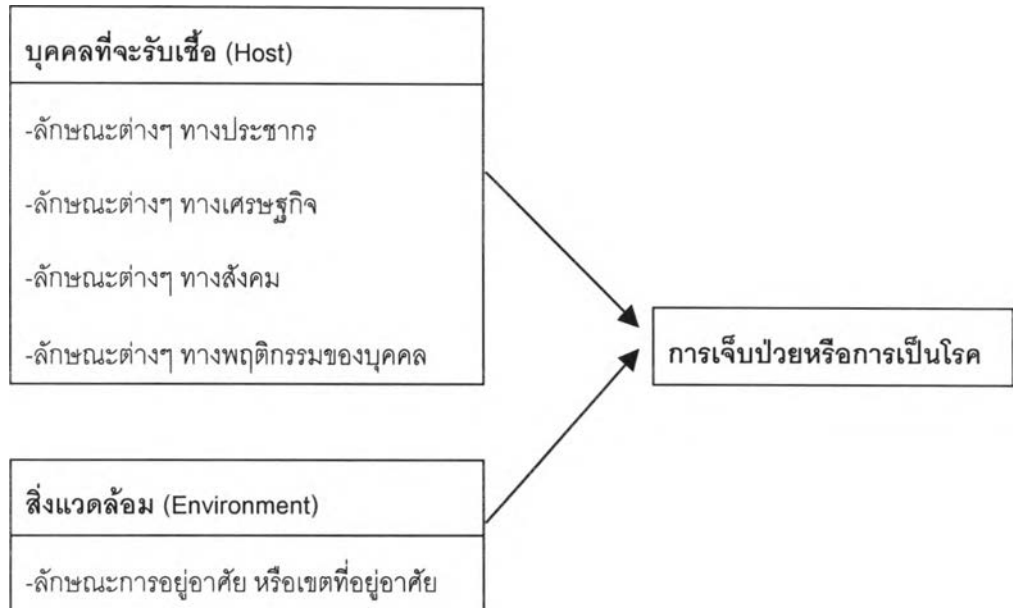
1.2. **อาชีพ** อาชีพบางอาชีพมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ระบบงานกะและงานล่วงเวลาซึ่งทำให้ต้องปรับตัวอย่างมากในระยะเวลา ลักษณะงานที่ทำซ้ำซาก ทำางการทำงานที่ผิดธรรมชาติและการทำงานกับเครื่องจักร สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการเจ็บป่วยและสุขภาพอนามัยในระยะยาวทั้งสิ้น

1.3. **เศรษฐกิจ** มีความสำคัญต่อสุขภาพมาก เศรษฐกิจมีผลต่อความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การดูแลสุขภาพจะแตกต่างกันไประหว่างกลุ่มที่มีรายได้สูงกับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ ผู้มีฐานะยากจนมักจะไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค โดยจะไม่ยอมเสียเวลาไปกับกิจกรรมเหล่านี้ แต่จะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพและการหารายได้มากกว่า จึงมีผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะวงจรแห่งความชั่วร้าย คือ จน ใจ เจ็บ อยู่ต่อไป

2. **องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม** มนุษย์มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปจะมีผลกระทบต่อมนุษย์ด้วย องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวที่สุด ถ้าสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยไม่ดีแล้วก็จะผลกระทบต่อสุขภาพอย่างแน่นอน

ที่อยู่อาศัยที่ส่งเสริมสุขภาพที่สุด คือ ที่อยู่อาศัยที่มีอากาศดี อยู่ห่างไกลจากโรงงานอุตสาหกรรม ไม่มีเสียงรบกวน มีการสุขาภิบาลที่ดี

จากทฤษฎีระบาดวิทยา แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของ Whaley และสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รวบรวมมาข้างต้น ได้นำมาปรับเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเป็นโรคได้ดังนี้



## วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสุขภาพ ซึ่งสะท้อนจากจำนวนโรคหรือการเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ และการเจ็บป่วยด้วยโรคนำบางโรคในผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการเกิดโรคนำบางโรคในผู้สูงอายุ มีผู้ศึกษาไว้บ้างพอสมควร การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำผลการทบทวนวรรณกรรมจากบทความและเอกสารงานวิจัยซึ่งได้กล่าวพาดพิงถึงเรื่องการเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการเกิดโรคนำบางโรคในผู้สูงอายุ โดยแบ่งการทบทวนวรรณกรรมออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. จำนวนโรคที่เป็นหรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2. โรคนำบางโรคในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### ส่วนที่ 1 จำนวนโรคที่เป็นหรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เรื่องสุขภาพอนามัยนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่สุดอันหนึ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะมีความเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆลง ขาดความต้านทาน

เสี่ยงต่อการเกิดโรค และหากสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงมากขึ้นเท่าใดผู้สูงอายุก็ยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้มากขึ้นเท่านั้น

การวัดภาวะสุขภาพมีด้วยกันหลายวิธี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้

Weeks (1984) กล่าวถึงวิธีการวัดภาวะสุขภาพโดยการประเมินสิ่งเหล่านี้

1. การป่วยเป็นโรคชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง (Incidence of acute and chronic diseases)
2. การไร้สมรรถภาพทางกาย (Physical disabilities)
3. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function abilities)
4. การประเมินสุขภาพโดยรวม (Overall health rating) โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพของตนเอง (Self - reporting of health)

Liang and Whitelaw (1987) เสนอการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้มาตราการวัด 2 แบบ คือ

1. การวัดแบบภววิสัย (Objective) เป็นการวัดที่มองเห็นและวัดด้วยปริมาณได้ ทำได้ 2 วิธี คือ

1.1. โดยทางการแพทย์ (Medical) ได้แก่ การวัดด้วยการเจ็บป่วยหรือโรคภัยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรายงานโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2. โดยการประเมินการทำงานของร่างกาย (Function) ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ตามปกติ เช่น การกินอาหาร อาบน้ำ แต่งกาย ฯลฯ

2. การวัดแบบอัตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเอง โดยการถามความรู้สึกของตนเองว่าตนเองมีสุขภาพเป็นอย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล วิธีที่เหมาะสมที่จะใช้ประเมินภาวะสุขภาพน่าจะเป็นการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากมีความแน่นอนและเชื่อถือได้มากกว่า แต่เนื่องจากข้อจำกัดทางข้อมูล ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพในการสำรวจโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย (The survey of the welfare of elderly in Thailand ; SWET) เป็นการประเมินแบบอัตวิสัย โดยให้ผู้ตอบรายงานการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นหรือไม่เป็นโรคต่างๆ จำนวน 16 โรคจากแบบสอบถาม และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทางสังคมศาสตร์ ซึ่งในมุมมองทางสังคมศาสตร์เรื่องมาตรการวัดภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเองนั้นใช้กันแพร่หลายและใช้กันมากกว่ามาตราการวัดอื่นๆ (Weeks, 1984)

การศึกษานี้จึงใช้จำนวนโรคซึ่งผู้สูงอายุรายงานว่าเป็นจากโรคจำนวน 16 โรคในแบบสอบถาม เป็นมาตรการวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลว่าจำนวนโรคที่ผู้สูงอายुरายงานว่าเป็น น่าจะเป็นการประเมินภาพรวมของภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคที่รายงานว่าเป็นมากน่าจะมีภาวะสุขภาพไม่ดี

เพื่อยืนยันถึงความสัมพันธ์นี้ จึงได้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุ รายงานว่าเป็นกับการประเมินภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากข้อมูลโครงการ SWET พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มี การเป็นโรคเลยประเมินสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงหรือค่อนข้างแข็งแรง มากที่สุด คือ ร้อยละ 64.7 ผู้สูงอายุที่เป็น โรค 1 โรคประเมินสุขภาพตนเองว่าปานกลางถึงค่อนข้างแข็งแรง คือ ประเมินว่าค่อนข้างแข็งแรงร้อยละ 32.6 และ ปานกลางร้อยละ 32.2 และผู้สูงอายุที่เป็นโรค 5 - 9 โรคประเมินสุขภาพตนเองว่าค่อนข้างอ่อนแอมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) จึงกล่าวได้ว่า จำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็นสอดคล้องกับการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดย ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคน้อยกว่าจะประเมินสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคมากกว่า ดัง แสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามการประเมินสุขภาพตนเอง จำแนกตามจำนวนโรคที่เป็น

จำนวน โรค	การประเมินสุขภาพตนเอง						รวม	จำนวน ตัวอย่าง ไม่ถ่วงน้ำหนัก
	แข็งแรง มาก	ค่อนข้าง แข็งแรง	ปานกลาง	ค่อนข้าง อ่อนแอ	อ่อนแอ	ไม่ตอบ		
0	24.6	40.1	21.8	11.1	2.5	-	100	484
1	10.7	32.6	32.2	18.0	6.3	0.1	100	1,128
2	9.2	25.1	32.8	24.0	8.6	0.3	100	1,185
3	5.0	19.0	33.4	30.5	11.7	0.3	100	833
4	4.0	13.2	28.8	35.0	18.9	-	100	482
5 - 9	1.0	11.7	18.3	38.1	30.8	-	100	374
รวม	9.4	25.5	30.3	23.8	10.8	-	100	4,486

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็นหรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็นหรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีหลายปัจจัย ซึ่งได้แก่ ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และ พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งลักษณะต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้



## 1. ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากสุขภาพของผู้สูงอายุมักจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะพื้นฐานในตัวของผู้สูงอายุเอง ลักษณะทางประชากรเหล่านี้ ได้แก่ อายุ เพศ และสถานภาพสมรส

### 1.1. อายุ

อายุเป็นตัวแปรที่สำคัญในการศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคต่างๆ จากทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะค่อยๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะมากขึ้นจนทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง และจากทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ซึ่งเชื่อว่า ความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539) ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร (2538) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างโรคและอายุว่า โรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักพบมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและโรคสามารถอธิบายได้โดย

1. ระยะเวลาที่ได้รับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจากสิ่งแวดล้อมเป็นสัดส่วนโดยตรงกับอายุ กล่าวคือ อายุยิ่งมากยิ่งมีโอกาสได้รับสิ่งทำให้เกิดโรคมมากขึ้น
2. กลไกในการสร้างความต้านทานโรคสัมพันธ์กับอายุ ระยะเข้าสู่วัยชรากลไกในการสร้างภูมิต้านทานโรคเสื่อมลง ภาวะโภชนาการต่างๆ ของร่างกายก็ไม่ค่อยปกติ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมลง

จากการศึกษาของรัตนากฤษฏาธาร (2535: 59) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70 - 74 ปีและ 75 ปีขึ้นไป มีร้อยละที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปี

จากการศึกษาโครงการ SECAPT (นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2530: 222) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีสุขภาพไม่ดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และยังพบอีกว่า ระดับการเจ็บป่วย/บาดเจ็บเพิ่มตามอายุไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชายหรืออาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือชนบท

จากการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า อายุมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

### 1.2. เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากความแตกต่างของปัจจัยทางด้านร่างกาย (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2538: 19) สรีระของเพศชายจะมีความแข็งแรงกว่าเพศหญิง ทำให้มีความทนทานต่อการเกิดโรคได้มากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และ

มาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการรายงานว่ามีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และในเรื่องปัญหาเฉพาะโรคผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายในเกือบทุกโรค โดยเฉพาะโรคปวดตามข้อ นอนไม่หลับ และเป็นลม

ในรายงานของ George (1996) สรุปว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าแยกว่าคู่สมรส แต่จากการศึกษาของ Verbrugge (1984) พบว่า แม้ว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะรายงานว่ามีโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย แต่ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีแนวโน้มความรุนแรงของโรคน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

Mutran and Ferraro (1988) รายงานว่าเพศกับภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่มีผู้แนะนำถึงการมีปฏิกริยาร่วมกันของเพศและอายุ ซึ่งจากการศึกษาของ Ross and Bird (1994) พบว่า ความแตกต่างของภาวะสุขภาพระหว่างเพศมีมากในประชากรวัยเยาว์และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้แนะว่าเพศหญิงมีความอ่อนแอทางด้านร่างกายมากกว่าเพศชายจึงมีโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเพศชาย ดังนั้นผู้สูงอายุเพศหญิงจึงน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

### 1.3. สถานภาพสมรส

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่มักจะมีขนาดเพื่อนคู่คิด ไม่มีคนเอาใจใส่ และยังผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตไปมักมีอาการเศร้าโศกมีผลเสียต่อสุขภาพจิตอันจะนำไปสู่การทำงานที่ไม่สมดุขของระบบต่างๆ ในร่างกายก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา และความแตกต่างของสถานภาพสมรสอาจเป็นเรื่องเลือกสรร เช่น คนที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีมักไม่ถูกเลือกที่จะแต่งงาน หรือมักเลือกที่จะไม่แต่งงาน

ในการอธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ Weeks (1984) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต (Life changes) ว่า การเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันในชีวิตมีผลทางลบต่อสุขภาพ เช่น การเกษียณ การเป็นหม้าย (สูญเสียคู่สมรส)

จากการศึกษาของ มยุรา นพพรพันธ์ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสสมรสและยังอยู่กับคู่สมรส มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น แต่เป็นความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย เนื่องจากเมื่อนำปัจจัยอื่นๆ มาร่วมพิจารณาในความสัมพันธ์นี้แล้ว พบว่า ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามสถานภาพสมรสจะมีความแตกต่างกันน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วชี้แนะว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ที่น่าจะมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสก็น่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

## 2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ การมีสุขภาพที่ไม่ดีอาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางกายและทางใจ (นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2532: 2) ดัชนีที่ใช้วัด

สถานภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ สำหรับการศึกษาซึ่งแสดงถึงลักษณะทางสังคมมีผลต่อการรับรู้และความเชื่อของบุคคลในสังคม ซึ่งการรับรู้และความเชื่อนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมซึ่งมีผลต่อสุขภาพ ส่วนสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อความแตกต่างของภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่มีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ที่ไม่เท่าเทียมกัน สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมประเพณีที่แตกต่างกัน มีผลให้พฤติกรรมการดำเนินชีวิตและการเผชิญกับความเครียดทางสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน สิ่งที่ทำให้บุคคลมีวัฒนธรรมประเพณีที่แตกต่างกัน และการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกัน ได้แก่ การอยู่ในเขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน รายละเอียดของการมีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันซึ่งมีผลต่อความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นมีดังนี้

## 2.1. อาชีพ

อาชีพนับเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งที่เกี่ยวข้องและใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยา สิ่งแวดล้อมในงานอาชีพหลายอย่างก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในโรงงานอุตสาหกรรม พวกที่ทำงานในเมืองแร่ งานก่อสร้าง และงานกสิกรรมบางอย่างมีโอกาสได้รับอุบัติเหตุสูง พวกที่ทำงานนั่งโต๊ะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจสูงกว่าพวกที่ทำงานออกกำลังกาย พวกที่ทำงานมีความเครียดทางอารมณ์สูง เช่น พวกที่ต้องควบคุมเส้นทางการจราจรทางอากาศจะมีอัตราป่วยเป็นโรคหัวใจและกระเพาะอาหารมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2538: 43) อาชีพบางอาชีพเป็นผลให้รายได้และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำ เช่น งานก่อสร้าง รับจ้างแรงงาน หรือ เกษตรกรบางกลุ่ม เมื่อรายได้ต่ำก็จะกระทบต่อการบริโภค การอยู่อาศัย รวมทั้งการปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง (Confrey and Goldstein, 1960: 193)

การศึกษาของ Parker, Thorland and Lundberg (1994) ซึ่งทำการศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการทำหน้าที่ (Function)

การศึกษาของมยุรา นพพรพันธ์ (2534) และรัตนา กฤษภาธาร (2535) พบว่า ยังไม่อาจสรุปความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพหรือลักษณะการทำงานของสูงอายุกับภาวะสุขภาพได้ เนื่องจากการศึกษาระดับ 2 ตัวแปร พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานและทำงานในภาคเกษตร แต่เมื่อนำปัจจัยอื่นเข้ามาร่วมในการพิจารณาแล้วพบว่า ทิศทางของความสัมพันธ์ไม่เป็นแบบแผนที่แน่นอน จึงยังไม่อาจสรุปความสัมพันธ์นี้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วชี้แนะว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพในภาคเกษตรน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพอื่นๆ หรือไม่ทำงาน

## 2.2. ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้

ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข การแสวงหาอาหารที่ดีมีคุณค่า การเลือกอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ดี และมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดีกว่า ทำให้ร่างกายได้รับการบำรุงรักษา จึงมีสุขภาพแข็งแรงกว่า

จากการศึกษาของ Weeks (1984) กล่าวถึงการศึกษาในประเทศอเมริกา ซึ่งพบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองของคนอายุ 65 ปีขึ้นไป อย่างชัดเจน ข้อมูลในปี 1976 แสดงว่า กลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวสูงสุดรายงานว่าตนเองมีระดับสุขภาพยอดเยี่ยมสูงสุด (ร้อยละ 38) และกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดรายงานว่าตนเองมีระดับสุขภาพยอดเยี่ยมน้อยที่สุด (ร้อยละ 24)

Stawbridge, Camacho, Cohen and Kaplan (1993) เสนอแนะถึงการมีปฏิกริยาร่วมกันระหว่างภาวะเศรษฐกิจและสังคมกับเพศซึ่งมีผลต่อความบกพร่องในการทำหน้าที่ว่า รายได้สามารถทำนายการลดลงของความสามารถในการทำหน้าที่ในเพศชายเท่านั้น สำหรับหญิงไม่สามารถทำนายได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ที่สูงกว่าน่าจะมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงกว่าจึงน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ต่ำกว่า

### 2.3. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคได้ไม่เท่ากัน เนื่องจากการศึกษาทำให้เกิดความรู้และการพัฒนาตนเอง การศึกษามีอิทธิพลต่อการรับรู้พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี (มยุรา นพพรพันธุ์, 2534: 70) ดังนั้นผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงกว่าย่อมจะรู้จักดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาดำกว่า และการศึกษามากจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ซึ่งรายได้ก็มีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับภาวะการเจ็บป่วยดังที่ได้กล่าวไปแล้ว

การศึกษาของ Mayer and Wagner (1993) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการศึกษา กับความบกพร่องในการทำหน้าที่ แต่จากการศึกษาของ Hansell and Mechanic (1991), Idler (1993), Johnson and Wolinsky (1993) และ Levkoff et. al. (1987) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมากกับการรายงานว่าตนเองมีสุขภาพดี และจากการศึกษาระยะยาวของ Boulton et. al. (1994), Clark and Maddox (1992) และ Crimmons and Saito (1993) ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ที่สูงช่วยลดความเสี่ยงของการลดความสามารถในการทำหน้าที่ในวัยสูงอายุ

สำหรับในประเทศไทย มยุรา นพพรพันธุ์ (2534) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพ แต่การศึกษาของรัตนากฤษฏาธาร (2535) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับภาวะสุขภาพยังไม่อาจสรุปได้ เนื่องจากเป็นเพียงความสัมพันธ์ในระดับ 2 ตัวแปร แต่เมื่อนำปัจจัยอื่นเข้ามาควบคุมแล้วทิศทางของความสัมพันธ์ไม่มีแบบแผนที่แน่นอน

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้แนะว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่าหรือไม่มีการศึกษา

### 2.4. เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยน่าจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของบุคคลเนื่องจากผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบทจะมีความแตกต่างกันทั้งในด้านการดำเนินชีวิต สังคม เศรษฐกิจ และความเจริญของวิทยาการต่างๆ

ในเรื่องความแตกต่างของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบทนี้มีหลายแนวคิดด้วยกันดังนี้คือ

แนวคิดแรก กล่าวว่า ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ภาวะการเจ็บป่วยในชนบทจะสูงกว่าในเขตเมือง เนื่องจากเขตเมืองเป็นศูนย์รวมของความเจริญต่างๆ อีกทั้งประชากรในเขตเมืองจะมีการศึกษาและรายได้สูงกว่าในเขตชนบท ซึ่งหมายถึง การมีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าย่อมมีความสามารถในการบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรงและมีศักยภาพในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ดีกว่า

แนวคิดที่สอง กล่าวว่า ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชากรในเขตเมืองจะมีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่าในเขตชนบท เนื่องจาก ในเขตเมืองมีมลพิษ โรงงาน ประชากรที่หนาแน่นกว่าในเขตชนบท และความเจริญของเขตเมืองและชนบทก็มีความแตกต่างกันไม่มากนักในเรื่องของวิทยาการและการบริการทางด้านสาธารณสุข

สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยแล้วพบว่าน่าจะเป็นไปตามแนวคิดแรกมากกว่า ดังเช่น ผลการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 26) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ และมีโรคประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง

การศึกษาของ มยุรา นพพรพันธ์ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองอื่นๆ มีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่มีภาวะสุขภาพดีกว่าในชนบท

การศึกษาของ รัตนา กฤษฏาธาร (2535) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นๆ และชนบท

จากการทบทวนวรรณกรรม ชี้แนะว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและในเขตเมืองอื่นๆ น่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

### 3. ลักษณะทางพฤติกรรมของบุคคล

ในสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 40 - 80 โรคส่วนใหญ่ที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้แก่ โรคที่เกิดจากวิถีชีวิต (Lifestyle disease) เช่น มะเร็งปอด ภาวะอ้วน โรคเบาหวานหรือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด การเจ็บป่วยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มาก เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความอ้วนและการขาดการออกกำลังกาย (Geyer อ้างใน มนตรี ต้นประยูร, 2532: 33) นอกจากนั้นครึ่งหนึ่งของผู้ที่เสียชีวิตในทุกๆปี เป็นผลมาจากการมีวิถีชีวิตที่ทำลายสุขภาพ (Health - damaging Lifestyle) (Pender, 1987: 5)

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย จะเห็นว่าโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากวิถีชีวิตด้วยเช่นกัน

ศรีจิตรา บุญนาค (2532: 252) พบว่าร้อยละ 40 ของการตายในผู้สูงอายุไทยเกิดจากโรคหัวใจ วัณโรคปอด มะเร็ง/เนื้องอก และโรคหลอดเลือดในสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ (Non -

communicable disease) ซึ่งขึ้นกับพฤติกรรมอนามัยของมนุษย์ ลักษณะนิสัย และสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่เป็นโรคซึ่งป้องกันได้ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2528: 33 - 34) กล่าวถึงสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคหัวใจ คือ การมีวิถีชีวิตที่ผิดๆ เช่นดื่มสุรา - เบียร์มากเกินไป สูบบุหรี่และรับประทานอาหารมาก ออกกำลังกายน้อยเป็นต้น กิลเบอร์ต (Gilbert อ้างใน มนตรี ต้นประยูร, 2532: 38) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงให้มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Health Lifestyle) โดยการควบคุมพฤติกรรมด้านสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารถูกหลักโภชนาการ การเลิกสูบบุหรี่ การใช้บริการป้องกันสุขภาพ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก (Well - being) แก่ชีวิตในยามสูงอายุ

จากที่กล่าวมาแล้วพฤติกรรมอนามัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของมนุษย์มีหลายอย่างด้วยกัน พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่

### 3.1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นสิ่งที่มิพิษและทำลายสุขภาพของผู้ที่สูบเองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด บุหรี่ยังเป็นสาเหตุของโรคที่สำคัญหลายโรค เช่น โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร และยังมีสารที่ทำให้เกิดมะเร็งอีกด้วย สารพิษในบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ นิโคติน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดตีบตัน ทาร์ส (น้ำมันดิน) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปอด คาร์บอนมอนอกไซด์จะไปรวมกันฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดง ทำให้ร่างกายได้ออกซิเจนน้อยลง

จากการศึกษาของ Bonham and Leaverton (อ้างใน Weeks, 1984) พบว่า คนที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มจะรายงานว่าเป็นโรคเรื้อรังที่จำกัดการทำงานมากกว่า แต่อัตราการเป็นโรครุนแรงน้อยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

จากการศึกษาของมยุรา นพพรพันธ์ (2534) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงสูบบุหรี่และยาเส้นมวนในปริมาณมากกว่า 10 มวน/วัน มีสุขภาพดีที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของรัตนากฤษฏาธาร (2535) ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 1 - 10 มวน/วันมีภาวะสุขภาพดีที่สุด ซึ่งทั้งสองอธิบายถึงผลการศึกษาที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับภาวะสุขภาพเป็นเรื่องซับซ้อน และอาจถูกจำกัดด้วยข้อมูลและตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้สูบบุหรี่หนักที่มีปัญหาสุขภาพอาจตายไปแล้วหรือต้องรักษาตัวที่โรงพยาบาล ตัวอย่างที่เหลือจึงเป็นตัวอย่างที่เลือกสรร (selection)

ปรีชา สิงหนเดช และคณะ (2535: 91 - 105) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับโรคหัวใจ โรคปอด และภาวะความดันโลหิตสูง โดยควบคุมปัจจัยเพศ พบว่า ในโรคปอด เพศชายที่สูบบุหรี่ไม่ว่ามากหรือน้อยหรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว เป็นโรคปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ ไม่พบในเพศหญิง เนื่องจากตัวอย่างเพศหญิงที่สูบบุหรี่มีน้อยมาก สำหรับโรคหัวใจและภาวะความดันโลหิตสูงการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของบุหรี่ต่อสุขภาพพบว่า บุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ และยังเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ มากมาย ดังนั้นผู้สูบบุหรี่น่าจะมีสุขภาพที่ทรุดโทรม และสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็น

ผู้ที่มีการร่างกายอ่อนแออยู่แล้ว เมื่อสูบบุหรี่ก็จะเป็นการบั่นทอนสุขภาพ ดังนั้นเมื่อเกิดโรคหนึ่งแล้วมักจะมีโรคแทรกซ้อนตามมาด้วย

ดังนั้นผู้สูงอายุที่ยังคงสูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วันน่าจะมียาจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 1 – 10 มวน/วัน เคยสูบแต่เลิกแล้วและไม่เคยสูบบุหรี่

### 3.2. พฤติกรรมการดื่มสุรา

สุราเป็นสิ่งเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การดื่มสุรามีผลเสียต่อผู้ดื่มโดยตรง เนื่องจากแอลกอฮอล์จะไปทำลายสมอง เซลล์ตับ และส่วนใหญ่ผู้ที่ดื่มสุรามักไม่ค่อยรับประทานอาหารเช้า ร่างกายขาดสารอาหารจึงเกิดความอ่อนแอ

การศึกษาของ Veteran's Administration Hospital (อ้างใน Weeks, 1984) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่เริ่มติดสุรามีสุขภาพแย่มาก

การศึกษาของมยุรา นพพรพันธ์ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยดื่มสุราและยังคงดื่มอยู่ในปัจจุบันเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่ม แต่มยุรา นพพรพันธ์ กล่าวถึงการที่ผลการศึกษานี้เป็นเช่นนั้นเนื่องจากการเลือกสรรในตัวเอง (Self Selection) ของตัวอย่าง เช่นเดียวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ปรีชา สิงหนเดช และคณะ (2535: 91 - 105) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กับโรคตับและภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคตับแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ผู้ที่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่ว่ามากหรือน้อย มีการป่วยเป็นโรคตับมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา และผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ (เกือบทุกวัน) เป็นโรคตับมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม ชี้แนะว่า การดื่มสุรามีผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มสุราทุก 2 – 3 วันหรือบ่อยกว่าน่าจะมียาจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มสุรา 1 – 2 ครั้ง/สัปดาห์ เคยดื่มแต่เลิกแล้วและไม่เคยดื่มสุรา

### 3.3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต การกินที่ถูกต้องจึงเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เนื่องจากร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอในแต่ละวัน การกินอาหารมากหรือน้อยเกินไปในแต่ละวันจะเป็นผลเสียแก่ร่างกาย การกินที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจึงเป็นการกินที่ดีและทำให้สุขภาพแข็งแรง (เกษม ตันติผลาชีวะและกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2538: 32)

วัยชราเป็นวัยที่มีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง การกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการมีประโยชน์อย่างมากในการช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค และเซลล์ต่างๆ เสื่อมสลายช้าลง (วลัย อินทรมพรรย์, 2530: 97 - 98) ดังนั้นการรับประทานอาหารเช้าจึงควรคำนึงถึงทั้งคุณค่าและปริมาณอาหารที่เพียงพอแก่ความต้องการเพื่อการมีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ ปริมาณสารอาหารประเภท

โปรตีนที่ผู้สูงอายุได้รับ ซึ่งเป็นสารอาหารที่สำคัญในการซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอและจำนวนมือในการรับประทาน อาหารของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.3.1. ความถี่ในการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน/สัปดาห์

โปรตีน เป็นสารอาหารที่สำคัญ เนื่องจากเป็นส่วนประกอบที่มีอยู่ในทุกส่วนประกอบของ ร่างกาย เช่น ในเลือด กระดูก ผิวหนัง และลำไส้ ฯลฯ โปรตีนในแต่ละส่วนจะทำหน้าที่ต่างกัน โปรตีนใน เม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ต้านทานโรค ในฮอร์โมนและเอ็นไซม์ทำหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาและขบวนการต่างๆ ของ ร่างกาย ดังนั้น การขาดโปรตีนจึงมีผลเสียต่อร่างกาย (อรวินท์ ไทรกี, 2537: 6 - 11) โดยเฉพาะผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอ เพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ และเสริมสร้างความต้านทานโรค ผู้สูงอายุควรได้รับ โปรตีนวันละ 1 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และควรเป็นโปรตีนคุณค่าสูง เช่น ไข่ นม ปลา เนื้อ เพื่อให้ได้กรด อะมิโนที่จำเป็น วลัย อินทรมพรรย์ (2530) กล่าวถึงปริมาณโปรตีนที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาชี้แนะว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรตีนที่สูงกว่าจะมีร่างกายที่ แข็งแรงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรตีนน้อยกว่า

ดังนั้นผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารประเภทโปรตีนบ่อยครั้งมากกว่า น่าจะมีจำนวนโรคที่เป็น น้อยกว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารประเภทโปรตีนบ่อยครั้งน้อยกว่า

### 3.3.2. จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน/วัน

จำนวนมื้อในการรับประทานอาหารในแต่ละวันแสดงถึงความเพียงพอและความสม่ำเสมอ ในการได้รับสารอาหาร ในวัยสูงอายุระบบย่อยอาหารและการดูดซึมของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานได้ไม่ดี วิจิตร บุณยะโหดระ (2537) แนะนำวิธีการเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุว่า ควรลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อลง แล้วเพิ่มจำนวนมื้ออาหารให้มากขึ้น เช่น จากวันละ 3 มื้อเป็น 5 มื้อจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารมากขึ้น

การศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) พบว่า ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกาย สมบูรณ์แข็งแรงและไม่สมบูรณ์แข็งแรงมีร้อยละของผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อสูงสุดทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 79.7 และ 78.6 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ทั้งคุณค่าและปริมาณ มี ผลทำให้ร่างกายแข็งแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้น้อยกว่า และการรับประทานอาหารไม่ต่อเนื่อง หรือไม่เป็นเวลายังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคกระเพาะอาหารอีกด้วย

ดังนั้นผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อหรือมากกว่าน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมื้อในการรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อหรือน้อยกว่า

## 3.4. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุจำนวนมากมีร่างกายอ่อนแอ สุขภาพกายและใจทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมี การเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกายภายหลังการหยุดกิจกรรมงานต่างๆ ซึ่งบางท่านเข้าใจว่าผู้สูงอายุ



เป็นวัยของการพักผ่อน แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่ต้องทำอะไรเลยในวันหนึ่งๆ นอกจากการนั่งพักหรือนอนพัก ความจริงแล้ว การนั่งพัก นอนพักเป็นเวลานานๆ กล้ามเนื้อจะลีบและเล็กลง เคลื่อนไหวเชื่องช้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่างกายเจ็บป่วยง่ายและบ่อยขึ้น ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดคือ การบริหารร่างกายตั้งแต่เนิ่นๆ เป็นการป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นดังกล่าว(สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ,2530:16-18)

จากการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531: 34) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงชอบออกกำลังกายตั้งแต่เด็กถึงร้อยละ 60.1 สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงไม่ชอบออกกำลังกายตั้งแต่เด็กถึงร้อยละ 69.7 เมื่อศึกษาถึงการออกกำลังกายในปัจจุบันของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงพบว่า มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 51.1 และวิธีที่ใช้ในการออกกำลังกายคือการเดินร้อยละ 56.6 จากการศึกษาพบว่า หากมีการส่งเสริมเรื่องการออกกำลังกายแก่คนไทยตั้งแต่เด็กและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ เชื่อว่าจะทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวพร้อมทั้งมีสุขภาพแข็งแรงเมื่อถึงวัยสูงอายุด้วย (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531: 34)

ดังนั้นผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายทุกวันน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่ทุกวันและไม่ออกกำลังกาย

### 3.5. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงทัศนคติที่ผู้สูงอายุมีต่อสุขภาพตนเอง เนื่องจากถ้าผู้สูงอายุมีทัศนคติว่าสุขภาพตนเองเป็นสิ่งสำคัญก็มักจะมีใจใส่ดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามไปด้วย พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่แสดงถึงการเห็นความสำคัญของสุขภาพตนเองก็คือ เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องแสวงหาผู้รู้ ในที่นี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับความรู้ในเรื่องการรักษาพยาบาลมาโดยตรง การไปซื้อยารับประทานเองหรือการไม่รักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย บ่งถึงการไม่เห็นความสำคัญของสุขภาพตนเองและอาจได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องได้ ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพของตัวผู้สูงอายุเอง

Ebersole and Hess (1986) กล่าวถึง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง (Self-Responsibility) เป็นด้านหนึ่งของพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีสุขภาพอย่างไร ขึ้นกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของบุคคลนั้น ดังนั้นการที่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้วไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์น่าจะเป็นพฤติกรรมที่มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองมากกว่าการไม่รักษาหรือการไปซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

ดังนั้นผู้สูงอายุที่เมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ทำอะไร/รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยาน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่ไปโรงพยาบาล คลินิก สถานีอนามัย และซื้อยากินเองเมื่อป่วย

## ส่วนที่ 2 โรคนำบางโรคในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยเสื่อมแห่งสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ดังนั้นความสูงอายุก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้มากขึ้นเท่านั้น ดังเช่นการศึกษาของ Hendrick and Hendrick (1977: 173 - 174) ซึ่งทำการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค สอดคล้องกับการศึกษาของ National Center for Health Statistics ซึ่งทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา เช่นกัน พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี และมากกว่ามีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (George, 1996: 236) และจากการศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2523: 161) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 58 มีโรคประจำตัว

จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 27, 46) ซึ่งเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการมีปัญหาด้านสุขภาพเฉพาะเรื่อง โดยใช้คำถามว่า "ปัจจุบัน ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่" พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ จำนวน 8 ด้านเรียงตามลำดับดังนี้

1.ปวดตามข้อ	74.6 %
2.นอนไม่หลับ	58.8 %
3.เป็นลม	45.6 %
4.ท้องผูก	39.9 %
5.ริดสีดวงทวาร	10.1 %
6.ความดันโลหิตสูง	11.6 %
7.โรคหัวใจ	7.5 %
8.เบาหวาน	2.3 %

การสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย (The survey of the welfare of elderly in Thailand , SWET) (นภาพร ชโยวรรณและจอห์น โนเดล, 2539: 146 , 157) ทำการสำรวจเกี่ยวกับโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ โดยการถามถึงการเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ จำนวน 16 โรค ในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ โดยใช้คำถามว่า "ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเจ็บป่วยเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่" พบว่า โรคที่เป็นในผู้ตอบที่อายุ 60 ปีและมากกว่า เรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

1.ปวดหลัง/เอว	68.0 %
2.ไขข้ออักเสบ	40.1 %
3.โรคกระเพาะ	21.8 %
4.ความดันโลหิตสูง	21.8 %

5.โรคหัวใจ	13.4 %
6.ต้อกระจกตา	11.5 %
7.ต้อเนื้อตา	10.5 %
8.โรคเกี่ยวกับหู	8.1 %
9.โรคตับ	6.5 %
10.เบาหวาน	5.6 %
11.โรคไต/ทางเดินปัสสาวะ	5.3 %
12.หอบหืด	5.0 %
13.อัมพาต/อัมพฤกษ์	3.0 %
14.วัณโรค	2.5 %
15.กระดูกหัก	0.9 %
16.มะเร็ง	0.6 %

จากข้อมูลทั้ง 2 แหล่งข้างต้น จึงได้นำมาเป็นแนวทางในการเลือกศึกษาโรคนำในผู้สูงอายุ โดยใช้โรคที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่รายงานว่าเป็นกันมาก 2 อันดับแรกจากการศึกษาโครงการการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ โรคปอดหลัง/เวย และโรคไขข้ออักเสบ

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคนำบางโรคในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุมีด้วยกันหลายปัจจัย ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในแต่ละโรคอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดหลัง/เวย และโรคไขข้ออักเสบ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคปอดหลัง/เวย

โรคปอดหลัง/เวย เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมตามวัยของกระดูก และจากสรีระของกระดูกสันหลังซึ่งต้องรับน้ำหนักมาก หลังต้องรับน้ำหนักตลอดเวลา และจุดอ่อนของหลังอยู่ที่กระดูกสันหลังส่วนเวย เนื่องจากไม่มีกระดูกซี่โครงมาช่วยแบ่งรับน้ำหนักอย่างกระดูกทรวงอก ดังนั้นอาการปวดหลังตรงบั้นเวยหรือที่เรียกว่าอาการปวดหลังส่วนล่าง จึงเป็นอาการที่สามารถพบได้เป็นประจำของผู้สูงอายุ (ลลิตา ธีระสิริ, 2538: 11 - 12)

เนื่องจากอาการปวดหลังมีพื้นฐานมาจากสรีระและความเสื่อมตามวัยของกระดูกสันหลัง ดังนั้นผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเคยมีอาการปวดหลังกันมาบ้างแล้ว อาการปวดหลังนี้จะหายได้เองเมื่อได้พักผ่อน

แต่เมื่ออาการปวดหลังเกิดขึ้น ซ้ำๆ ซากๆ ก็จะกลายเป็นโรคซึ่งเป็นปัญหาของผู้สูงอายุได้ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการปวดหลัง/เอวซ้ำซากนี้ ได้แก่

## ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากรที่น่าจะเกี่ยวข้องกับโรคปวดหลัง/เอว ได้แก่ อายุและเพศ

### 1.1. อายุ

เมื่อมนุษย์เราอายุมากขึ้น กระดูกอ่อนและเส้นเอ็นจะมีความยืดหยุ่นน้อยลงซึ่งเป็นกับทุกข้อ สำหรับกระดูกสันหลังก็เช่นกัน อาการนี้คืออาการเสื่อมของกระดูกสันหลัง ในบางรายเกิดขึ้นเร็วมาก คือ อายุเพียง 40 ปี แต่บางรายก็เกิดช้ากว่า ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากฮอร์โมนเพศลดลงและการดูดซึมแคลเซียมเข้าไปได้ น้อยกว่าปกติ เมื่อร่างกายต้องการใช้แคลเซียมจึงไปละลายแคลเซียมจากกระดูกออกมา กระดูกอ่อนที่หมอนรองกระดูกก็จะบางตัวลงและเกิดอาการปวดหลังเมื่อมีการออกแรงที่หลังได้ (ลลิตา ธีระสิริ, 2538: 34)

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า

### 1.2. เพศ

กล้ามเนื้อหลังในผู้ชายจะมีกล้ามเนื้อเป็นลำแข็งกว่าผู้หญิง แผ่นหลังของผู้หญิงจะมีไขมันแทรกอยู่ระหว่างกล้ามเนื้ออกกับผิวหนังทำให้ดูกลมกลิ้งมากกว่า แต่ที่แท้กล้ามเนื้อของผู้หญิงจะน้อยกว่าผู้ชาย หน้าที่ของกล้ามเนื้อหลังทำหน้าที่เคลื่อนตัวไปในทิศทางที่เจ้าตัวต้องการ หากกล้ามเนื้อหลังเกร็งตัวมากๆ จะทำให้เจ้าตัวเจ็บปวด และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหลังเป็นสาเหตุของการปวดหลัง (ลลิตา ธีระสิริ, 2538 : 26) นอกจากเหตุผลทางปริมาณกล้ามเนื้อที่หลังแล้ว ลักษณะงานอาชีพที่เพศชายทำมักต้องออกแรงหรือใช้กำลังที่หลังมากกว่าเพศหญิง ซึ่งก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคปวดหลัง/เอวให้แก่เพศชายเมื่ออายุสูงขึ้น แต่สาเหตุของอาการปวดหลัง/เอวบางสาเหตุจะทำให้โอกาสการเกิดอาการปวดหลังในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่น สาเหตุจากแนวของกระดูกสันหลังผิดปกติในรายที่ตั้งครรภ์ ผู้หญิงต้องแอ่นตัวรับน้ำหนักของเด็ก ทำให้กระดูกสันหลังแอ่นผิดไปจากลักษณะทางกายวิภาคแต่เดิม ดังนั้นผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์จึงมักมีอาการปวดหลังทุกคน (ลลิตา ธีระสิริ, 2532: 33 - 34) และการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนของเพศหญิงในวัยหมดประจำเดือนก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคปวดหลังได้มากกว่าเพศชายในวัยสูงอายุ

ดังนั้นผู้สูงอายุเพศหญิง น่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

## ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ดัชนีวัดลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมกับโรคปวดหลัง/เอว มีดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1.3. อาชีพ

งานอาชีพในบางอาชีพอาจต้องใช้การทำงานของอวัยวะบางส่วนเป็นพิเศษ หรือมีท่าที่ประจำในการทำงาน เช่น การก้มๆ เงยๆ ท่าที่ไม่ถูกต้องในการก้มลงยกของโดยไถ่โค้งแล้วดึงของขึ้นมาจากพื้น เป็นท่าที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหลังยกของซึ่งเป็นการใช้กล้ามเนื้อเกินกำลัง เมื่อเราเกร็งมากเกินไปข้อกระดูกจะบิดกันอย่างรุนแรง จนกระทั่งหมอนรองกระดูกสันหลังบวม อักเสบ อาจมีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหรือเอ็นรอบข้อ ทำให้เกิดอาการปวดหลังรุนแรง อาชีพต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ พวกเกษตรกร พวกใช้แรงงาน กรรมกรแบกหามเป็นต้น (ลลิตา วีระศิริ, 2538: 28 - 29) บางอาชีพต้องอยู่ในท่าเดียนานๆ เช่น พนักงานขับรถ พนักงานพิมพ์ดีด การนั่งนานๆ จะทำให้มีแรงกดที่หลังนาน ซึ่งทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอาชีพในภาคเกษตรกรรมน่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพอื่นๆ หรือไม่ทำงาน

### 1.4. ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้

ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้สูงมักจะมีโอกาสได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ในการซ่อมสร้างกล้ามเนื้อและโครงกระดูก ป้องกันอาการเสื่อมของกระดูก ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคปวดหลังได้ หรือเมื่อเกิดอาการปวดหลังก็มีศักยภาพในการรักษาดูแลสุขภาพตนเอง และความพร้อมในการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดเป็นโรคปวดหลังเรื้อรังจนเกิดเป็นปัญหาต่อไปได้ ส่วนใหญ่ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ต่ำมักมีลักษณะงานที่ต้องใช้แรงงานมาก และไม่คอยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค โดยจะไม่ค่อยยอมเสียเวลาไปกับกิจกรรมเหล่านี้ แต่จะให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพและรายได้มากกว่า (สถาบันพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2538: 36) ดังนั้นเมื่อเกิดอาการปวดหลังก็จะไม่ยอมหยุดพักเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องรายได้ และการเข้ารับการรักษาที่ถูกต้องก็ถูกจำกัดไปด้วย

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้สูงกว่า น่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ต่ำกว่า

### 1.5. ระดับการศึกษา

การศึกษาทำให้เกิดความรู้และการพัฒนา ลักษณะงานในอาชีพของผู้ที่มีการศึกษาดำกว่ามักจะเป็นงานที่ต้องใช้แรงงานมากกว่าอันเป็นสาเหตุให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปวดหลังได้มากกว่า แม้ว่าลักษณะงานในบางอาชีพของผู้มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสมีอาการปวดหลังได้ เช่น การนั่งโต๊ะนานๆ แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงก็มักจะมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ (มยุรา นพพรพันธ์, 2534) และตระหนักถึงความเสื่อมของสมรรถภาพร่างกาย สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคปวดหลัง/เอวได้ หรือเมื่อเกิดอาการก็สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกวิธี จึงทำให้ไม่เกิดอาการปวดหลัง/เอวจนกลายเป็นปัญหาในวัยสูงอายุ

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่า

## 1.6. เขตที่อยู่อาศัย

ชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรในเขตเมืองและชนบทมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก เขตเมืองมักมีเครื่องอำนวยความสะดวก มีถนนหนทาง มีการจราจรที่สะดวกสบาย ต่างจากคนในชนบทซึ่งไม่ค่อยมีเครื่องอำนวยความสะดวก การเดินทางบางครั้งต้องใช้วิธีเดินเท้า ซึ่งการเดินทางไกลๆ หรือการเดินทางนานๆ ก็ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้เช่นกัน เนื่องจากท่าหลังตั้งตรงเป็นท่าที่หลังต้องรับน้ำหนักมากขึ้น (ลลิตา ชีระสิริ, 2538: 12) ในเรื่องการเข้าถึงบริการของประชากรในเขตเมืองก็มีโอกาสในการเข้าถึงบริการในด้านสาธารณสุขมากกว่าประชากรในเขตชนบท ดังนั้นเมื่อเกิดอาการปวดหลังการจะได้รับการรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องคนชนบทก็จะมีโอกาสน้อยกว่า และลักษณะที่ทำให้แบ่งระหว่างเขตเมืองและชนบทอย่างหนึ่งก็คือ อาชีพ ซึ่งประชากรในชนบทมักประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่มีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอนมากกว่าอาชีพอื่น

ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองอื่นๆ น่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอนน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

## ลักษณะทางพฤติกรรมของบุคคล

พฤติกรรมของบุคคล หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะทางพฤติกรรมของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคปวดหลัง/เอน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1.7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

A.Svanborg (อ้างใน คณิน คุรุรัตน์พันธ์, ม.ป.ป.: 21 - 25) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างกระดูก คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญมากกว่าด้านอื่นๆ ทำให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลง เมื่อความหนาแน่นของกระดูกลดลง ย่อมส่งผลให้เกิดการเสื่อมของกระดูกในวัยสูงอายุง่ายขึ้นด้วย ซึ่งการเสื่อมของกระดูกเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลัง

ดังนั้นผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วันน่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอนได้มากกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 1 - 10 มวน/วัน เคยสูบแต่เลิกแล้ว และไม่เคยสูบบุหรี่

## 1.8. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

การปวดหลังเกิดจากกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นส่วนใหญ่ การออกกำลังกายจะช่วยเสริมประสิทธิภาพหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพื่อป้องกันอาการปวดหลัง และยังช่วยลดการเสื่อมของกระดูกอันเป็นสาเหตุของอาการปวดหลังลงได้

A.Svanborg (อ้างใน คณิน คุรุรัตน์พันธ์, ม.ป.ป.: 21 - 25) พบว่า ถ้าเราไม่เคลื่อนไหวขาข้างหนึ่งของผู้สูงอายุเลย 2 - 3 เดือนต่อมาจะพบว่า ความหนาแน่นของโครงกระดูกจะลดลง และถ้าผู้สูงอายุนอนตลอดเวลาจะใช้เวลาเพียง 4 วัน ที่จะพบว่า การขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น ฉะนั้นควรออก

กำลังกายทุกวันเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลง ซึ่งก็จะเป็นการลดการเสื่อมของกระดูกทางหนึ่งด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม ชี้แนะว่า การออกกำลังกายมีผลช่วยลดการเสื่อมของกระดูก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคปวดหลัง/เอวในวัยสูงอายุได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายทุกวันน่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่ทุกวันและไม่ออกกำลังกาย

### 1.9. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อป่วยเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงทัศนคติของผู้สูงอายุมีต่อสุขภาพตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพมักจะไปรับการรักษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เนื่องจากการไปรับการรักษาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนอกจากจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องกว่าแล้วยังได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคต่างๆได้ โรคปวดหลัง/เอวเป็นโรคที่เกิดจากการมีอาการปวดหลังเรื้อรังแล้วไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี ดังนั้นเมื่อมีอาการปวดหลัง/เอวขึ้นแล้วได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอาการปวดหลังซ้ำซาก ก็น่าจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคปวดหลังได้

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ไม่ทำอะไร/รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยาเมื่อเจ็บป่วย น่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุที่ไปโรงพยาบาล คลินิก สถานีนอนามัย และซื้อยากินเองเมื่อป่วย

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคไขข้ออักเสบ

โรคไขข้ออักเสบมีด้วยกันหลายชนิด ส่วนใหญ่ที่เป็นในผู้สูงอายุมักเป็นโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อม (Osteoarthritis)

อุบัติการณ์ของโรคไขข้ออักเสบแตกต่างกันบ้างในแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพราะความแตกต่างกันบ้างทางด้านวิถีชีวิต (Life style) อาชีพ (Occupation) และปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) (วัลลภ สำราญเวชย์, 2533: 93 - 109) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคไขข้ออักเสบในผู้สูงอายุแตกต่างกันมีดังต่อไปนี้

### ลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากรซึ่งน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคไขข้ออักเสบ ได้แก่ อายุและเพศ

#### 2.1. อายุ

ความเสื่อมเป็นการเปลี่ยนแปลงของสังขารของมนุษย์ โรคไขข้ออักเสบเกิดจากความเสื่อมของกระดูกและข้อ เราพบว่าความเสื่อมของกระดูกและข้อจะมีอุบัติการณ์มากขึ้นตามอายุ ในคนที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี พบว่าเป็นโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมได้ร้อยละ 2 - 3 ในคนอายุระหว่าง 45 - 65 ปี พบโรคไขข้ออักเสบ

ชนิดข้อเสื่อมได้ร้อยละ 25 - 30 และในคนที่อายุมากกว่า 65 ปี พบว่าเป็นโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมได้มากถึงร้อยละ 60 - 70 (วัลลภ สำราญเวทย์, 2533: 94 - 95)

การศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่า โรคปวดตามข้อมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุก่อนอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 74 ปี รายงานว่าเป็นโรคปวดตามข้อ ร้อยละ 73.7 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปรายงานว่าเป็นโรคปวดตามข้อ ร้อยละ 77.8

พงษ์ศักดิ์ วัฒนา (2533: 2) กล่าวถึงการศึกษาของ United States health examination ซึ่งได้ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1960 - 1962 โดยทำการศึกษาทางรังสี พบว่า มีความชุกของโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมร้อยละ 4 ในคนอายุระหว่าง 18 - 24 ปี แต่ในคนอายุระหว่าง 75 - 79 ปีมีความชุกร้อยละ 85 แสดงว่าอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อม

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบมากกว่าผู้สูงอายุที่มีน้อยกว่า

## 2.2. เพศ

ในวัยสูงอายุพบว่า มีผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย วัลลภ สำราญเวทย์ (2533: 94 - 95) กล่าวถึง ความแตกต่างทางด้านเพศของโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมนี้ว่า ในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี เพศชายเกิดโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมได้มากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย แต่เมื่ออายุมากขึ้นคือในกลุ่มอายุ 55 ปี ไปแล้วกลับพบว่า เพศหญิงเป็นโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมมากกว่าเพศชาย โดยเชื่อว่าการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมนี้ขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อพิสูจน์ได้อย่างชัดเจนว่าการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจะทำให้เกิดโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา มักพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเป็นโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังเช่นจากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่า เพศหญิงรายงานว่าเป็นโรคปวดตามข้อร้อยละ 77 เพศชายรายงานว่าเป็น เพียงร้อยละ 71

ดังนั้น ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

## ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคไขข้ออักเสบ ได้แก่ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย

## 2.3. อาชีพ

การใช้ข้อมากเกินไป อาจมีสาเหตุมาจากลักษณะอาชีพ หรือจากกิจวัตรในการดำเนินชีวิตก็ได้ ลักษณะอาชีพของคนบางคนทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้ง่าย เช่น ชาวนา ชาวสวน และกรรมกรแบกหามน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคข้อกระดูกหลังเสื่อมได้ง่ายกว่าคนที่ทำอาชีพนั่งเขียนหนังสือ เนื่องจากกระดูกต้องรับน้ำหนักมากกว่า (วัลลภ สำราญเวทย์, 2533: 95 - 96)

จากการศึกษาบุคคลที่เป็นโรคไขข้ออักเสบชนิดข้อเสื่อมในอาชีพต่างกัน เชื่อว่าอาชีพที่ต้องใช้ข้อบ่อยๆ และเป็นประจำจะทำให้ความรุนแรงของโรคมากขึ้น และจากผลการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคข้อ



พบว่า อาชีพที่เป็นโรคชอ้มมากที่สุด คือ อาชีพกสิกรรม (41.7%) รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง (21.5%) (พงษ์ศักดิ์ วัฒนา, 2533: 1)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอาชีพในภาคเกษตรกรรมน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพอื่น หรือไม่ทำงาน

#### 2.4. ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคชอ้มพบว่า โรคไขข้ออักเสบพบเพิ่มขึ้นในประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาดำ (พงษ์ศักดิ์ วัฒนา, 2533 : 1) ซึ่งเศรษฐกิจย่อมมาจากรายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าก็สามารถหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เสริมสร้างร่างกายไม่ให้เกิดความเสื่อมเร็วเกินควร การได้รับสารอาหารประเภทแคลเซียมอย่างเพียงพอสามารถลดการเสื่อมของกระดูกอันเป็นสาเหตุของโรคไขข้ออักเสบลงได้ (ลลิตา อีระสิริ, 2538: 57 - 61) การมีรายได้ที่มากพอยังส่งเสริมอำนาจในการดูแลสุขภาพให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้สูงกว่าน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ต่ำกว่า

#### 2.5. ระดับการศึกษา

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคชอ้มพบว่า โรคไขข้ออักเสบพบเพิ่มขึ้นในประชากรที่มีระดับการศึกษาดำ และได้รับการสนับสนุนจากการสำรวจคนอัฟริกัน 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งอาศัยอยู่ในเขตเมือง และอีกกลุ่มหนึ่งอาศัยอยู่ในเขตชนบท กลุ่มที่อาศัยอยู่ในชนบทมีฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาดำจะมีอัตราความชุกของโรคไขข้ออักเสบสูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าและระดับการศึกษาสูงกว่าด้วย (พงษ์ศักดิ์ วัฒนา, 2533: 1)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่า

#### 2.6. เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคไขข้ออักเสบ เนื่องจากความเป็นอยู่ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบทมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก คนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมักประกอบอาชีพในภาคเกษตรซึ่งต้องใช้แรงงานมาก จึงมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบได้มากกว่า และความเจริญของบ้านเมืองทั้งทางด้านการศึกษาและสาธารณสุขซึ่งในชนบทยังมีน้อยกว่าในเขตเมือง โอกาสในการศึกษาในชนบทยังมีน้อยกว่าในเมือง ซึ่งการศึกษาจะช่วยให้นักคนมีความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ การพัฒนาระบบสาธารณสุขก็ยังมีน้อยทำให้การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของประชาชนในชนบทน้อยกว่าในเขตเมืองการได้รับการรักษาที่ถูกต้องจึงน้อยกว่า เมื่อมีอาการบาดเจ็บที่ข้อแล้วไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องจึงกลายเป็นโรคไขข้ออักเสบตามมา ประชาชนในเขตชนบทมักมีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งจากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคชอ้มพบว่า โรคไขข้ออักเสบพบในประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาดำ ซึ่งผลการศึกษานี้ยังได้รับการสนับสนุนจากการสำรวจคนอัฟริกัน 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่ง

อาศัยอยู่ในเขตเมืองและอีกกลุ่มอาศัยอยู่ในเขตชนบท กลุ่มที่อาศัยอยู่ในชนบทมีฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษาต่ำจะมีอัตราความชุกของโรคไขข้ออักเสบสูงกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาสูงกว่า (พงษ์ศักดิ์ วัฒนนา, 2533: 1)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองอื่นๆ น่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

### **ลักษณะทางพฤติกรรมของบุคคล**

ลักษณะทางพฤติกรรมของบุคคลที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคไขข้ออักเสบ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย

#### **2.7. พฤติกรรมการสูบบุหรี่**

A.Svanborg (อ้างใน คณิน คุรุรัตน์พันธ์, ม.ป.ป.: 21 - 25) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างกระดูก คือ การสูบบุหรี่ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญสารอาหารมากกว่าด้านอื่นๆ ทำให้ความหนาแน่นของกระดูกลดลงเมื่อความหนาแน่นของกระดูกลดลงย่อมส่งผลให้เกิดการเสื่อมของกระดูกในวัยสูงอายุง่ายขึ้นด้วย

ดังนั้นผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน น่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบบวกกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 1 - 10 มวน/วัน เคยสูบแต่เลิกแล้ว และไม่เคยสูบบุหรี่

#### **2.8. พฤติกรรมการออกกำลังกาย**

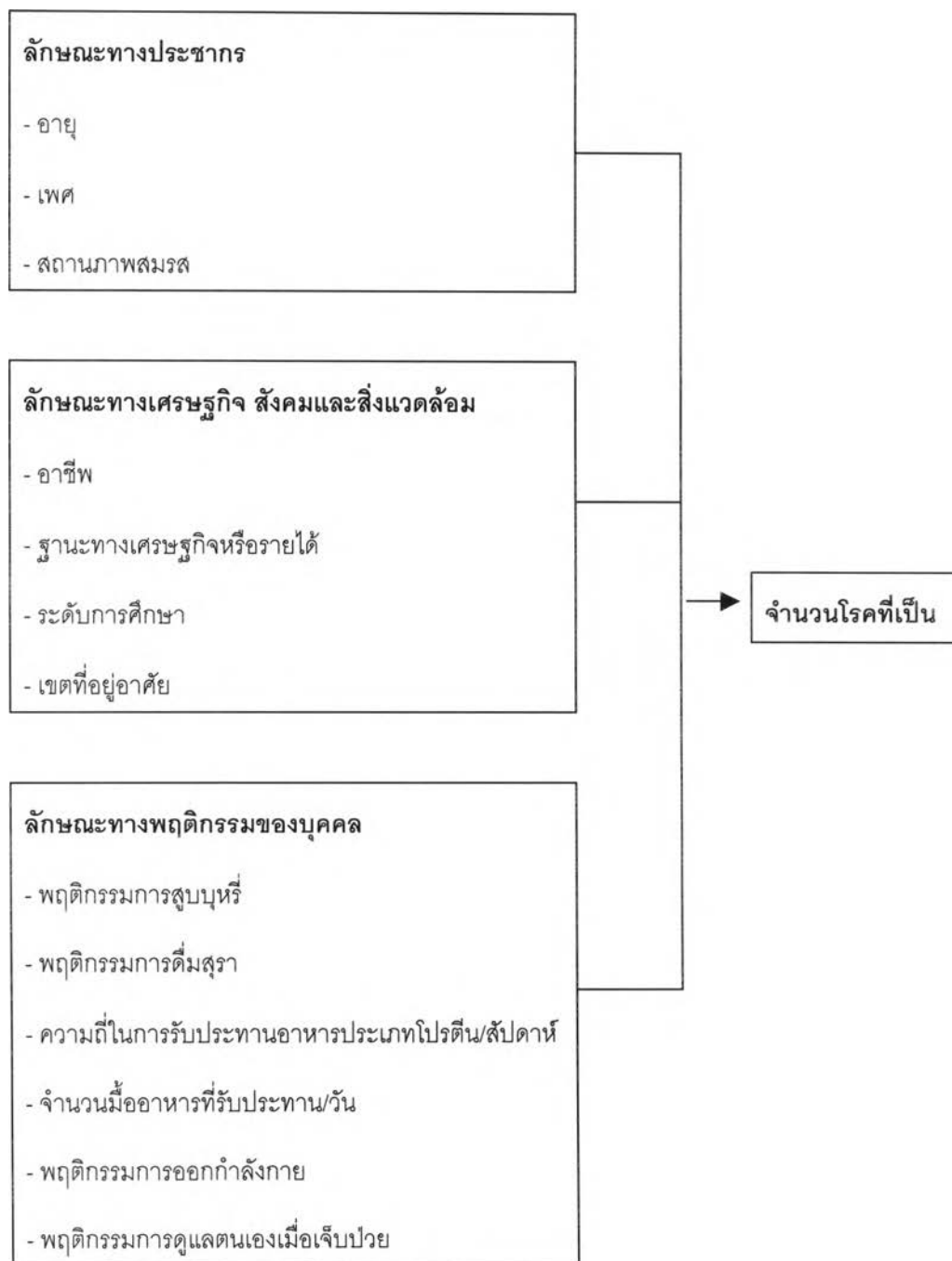
เนื่องจากสาเหตุหนึ่งของโรคไขข้ออักเสบ เกิดจากความเสื่อมของกระดูกตามข้อต่างๆ การออกกำลังกายทำให้ลดความเสื่อมของกระดูกลงได้ (คณิน คุรุรัตน์พันธ์, ม.ป.ป.: 21 - 25) การออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนักส่วนเกินของผู้สูงอายุลง ซึ่งก็จะช่วยลดการรับน้ำหนักที่มากเกินไปของข้อลงได้ ช่วยลดการอักเสบของข้อต่างๆ วัลลภ สำราญเวทย์ (2533: 95) พบว่า ความอ้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคไขข้ออักเสบชนิดเสื่อม

ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายทุกวันน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายไม่ทุกวัน และไม่ออกกำลังกาย

### **กรอบในการศึกษา**

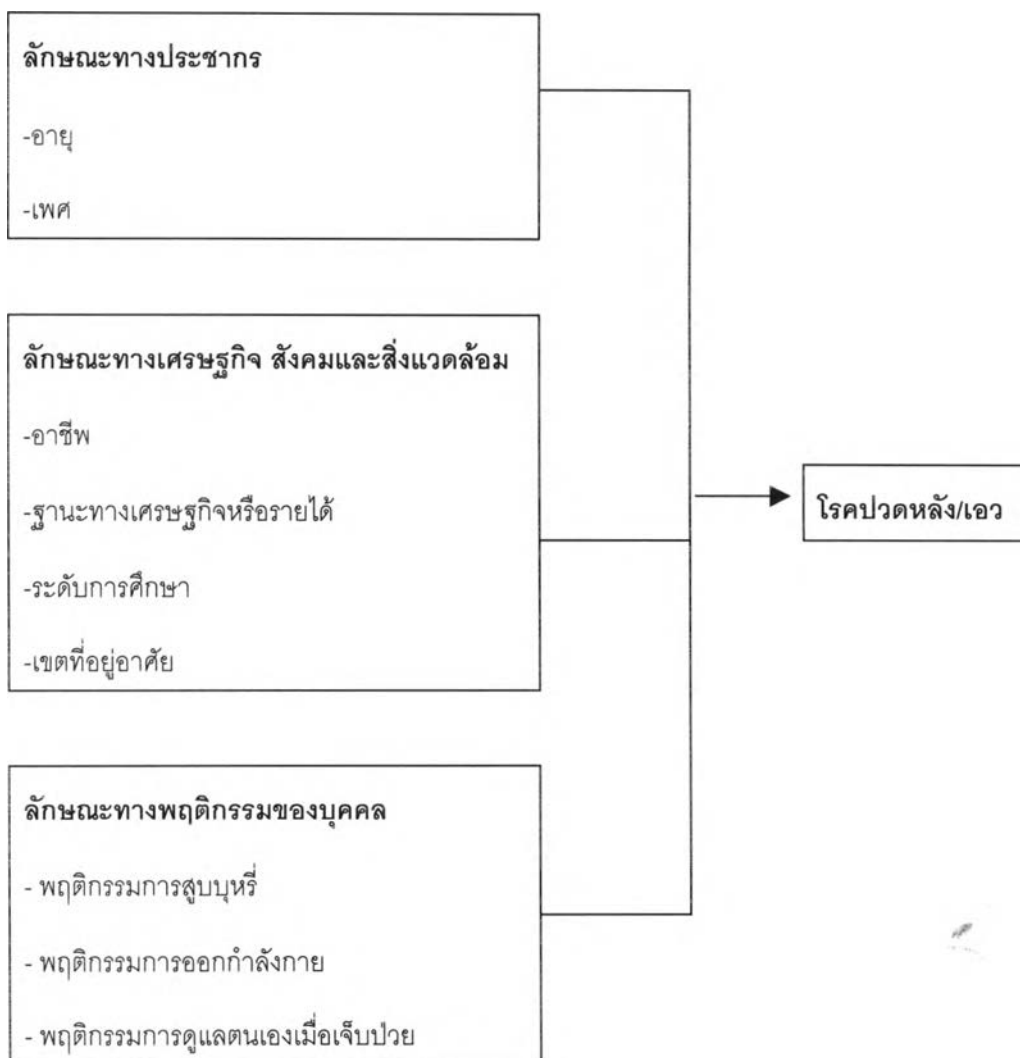
จากแนวคิดทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ การเป็นโรคปวดหลัง/เอว และโรคไขข้ออักเสบในผู้สูงอายุ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว พอนำมาสร้างเป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรค การเป็นโรคปวดหลัง/เอวและโรคไขข้ออักเสบในผู้สูงอายุ ได้ดังต่อไปนี้

กรอบที่ 1 กรอบในการศึกษาความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ



หมายเหตุ ตัวแปรคุมจะผันแปรตามตัวแปรอิสระที่พิจารณาในสมการ

กรอบที่ 2 กรอบในการศึกษาการเป็นโรคปวดหลัง/เอวในผู้สูงอายุ



หมายเหตุ ตัวแปรคุมจะผันแปรตามตัวแปรอิสระที่พิจารณาในสมการ

กรอบที่ 3 กรอบในการศึกษาการเป็นโรคไขข้ออักเสบในผู้สูงอายุ



หมายเหตุ ตัวแปรคุมจะผันแปรตามตัวแปรอิสระที่พิจารณาในสมการ

## สมมติฐานในการศึกษา

### ส่วนที่ 1 สมมติฐานเกี่ยวกับจำนวนโรค

#### สมมติฐานหลัก

ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกันน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นแตกต่างกัน

#### สมมติฐานย่อย

- 1.1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีจำนวนของโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า
- 1.2. ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีจำนวนของโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
- 1.3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรส น่าจะมีจำนวนของโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด/หย่า/แยก และหม้าย
- 1.4. ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรน่าจะมีความเสี่ยงของโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรและไม่ทำงาน
- 1.5. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงกว่า น่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนต่ำกว่า
- 1.6. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่าหรือไม่มีการศึกษา
- 1.7. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองอื่นๆ น่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท
- 1.8. ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วันน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 1 – 10 มวน/วัน เคยสูบแต่เลิกแล้ว และไม่เคยสูบบุหรี่
- 1.9. ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราทุก 1 – 3 วันน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มสุราสัปดาห์ละ 2 ครั้งหรือน้อยกว่า เคยดื่มแต่เลิกแล้ว และไม่เคยดื่มสุรา
- 1.10. ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารประเภทโปรตีนบ่อยครั้งมากกว่าน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารประเภทโปรตีนบ่อยครั้งน้อยกว่า
- 1.11. ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อหรือมากกว่า น่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อหรือน้อยกว่า
- 1.12. ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายทุกวันน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายน้อยกว่าหรือไม่ออกกำลังกาย

- 1.13. ผู้สูงอายุที่ไม่ทำอะไร/รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยาเมื่อเจ็บป่วย น่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่ไปโรงพยาบาล คลินิก สถานีอนามัย และซื้อยากินเองเมื่อป่วย

## **ส่วนที่ 2 สมมติฐานเกี่ยวกับโรคสำคัญต่างๆ**

### **สมมติฐานหลัก**

ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลแตกต่างกันน่าจะมีการป่วยเป็นโรคสำคัญๆ แต่ละโรค (ได้แก่ โรคปวดหลัง/เอว โรคไขข้ออักเสบ) แตกต่างกัน

### **2.1. สมมติฐานย่อยเกี่ยวกับโรคปวดหลัง/เอว**

- 2.1.1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า
- 2.1.2. ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
- 2.1.3. ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุทำงานนอกภาคเกษตรหรือไม่ทำงาน
- 2.1.4. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงกว่า น่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนต่ำกว่า
- 2.1.5. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคปวดหลัง/เอวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
- 2.1.6. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองอื่นๆ น่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท
- 2.1.7. ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วันน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสูบบุหรี่ 1 - 10 มวน/วัน เคยสูบบุหรี่แล้ว และไม่เคยสูบบุหรี่
- 2.1.8. ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายทุกวันน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคปวดหลัง/เอวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่การออกกำลังกายไม่ทุกวัน และไม่ออกกำลังกาย
- 2.1.9. ผู้สูงอายุที่ไม่ทำอะไร/รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยาเมื่อเจ็บป่วย น่าจะมีโอกาสเป็นโรคปวดหลัง/เอวมากกว่าผู้สูงอายุที่ไปโรงพยาบาล คลินิก สถานีอนามัย และซื้อยากินเองเมื่อป่วย

### **2.2. สมมติฐานย่อยเกี่ยวกับโรคไขข้ออักเสบ**

- 2.2.1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคไขข้ออักเสบมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า
- 2.2.2. ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคไขข้ออักเสบมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
- 2.2.3. ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรน่าจะมีความเสี่ยงเป็นโรคไขข้ออักเสบมากกว่าผู้สูงอายุทำงานนอกภาคเกษตรหรือไม่ทำงาน

- 2.2.4. ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงกว่าน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนต่ำกว่า
- 2.2.5. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
- 2.2.6. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองอื่นๆ น่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท
- 2.2.7. ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนวันน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบมากกว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ 1-10 มวนวัน เคยสูบแต่เลิกแล้ว และไม่เคยสูบบุหรี่
- 2.2.8. ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายทุกวันน่าจะมีโอกาสเป็นโรคไขข้ออักเสบน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่ทุกวัน และไม่ออกกำลังกาย

## นิยามศัพท์

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชากรชาย หญิง ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า

**โรคนำหรือโรคสำคัญ** หมายถึง โรคที่มีอัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุรายงานว่าเป็นมากที่สุด 2 อันดับแรก ในการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคปวดหลัง/เอว และโรคไขข้ออักเสบ

**จำนวนโรค** หมายถึง จำนวนโรคที่ผู้สูงอายุรายงานว่าเป็นจาก 16 โรคในแบบสอบถามของโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุไทย ข้อ H 1a - H1p

**อายุ** หมายถึง อายุเต็มของผู้สูงอายุ ซึ่งคำนวณจาก เดือนและปีเกิด

**สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพการแต่งงานในปัจจุบันของผู้สูงอายุ

**สถานภาพสมรสกำลังสมรส** หมายถึง ผู้สูงอายุที่สมรสแล้วและปัจจุบันยังอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส

**ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุจบการศึกษา

**อาชีพ** หมายถึง อาชีพที่ผู้สูงอายุทำนานที่สุด

**ฐานะทางเศรษฐกิจ** หมายถึง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษานี้วัดจากการมีจำนวนสิ่งของเครื่องใช้ในครัวเรือน เช่น โทรทัศน์ เครื่องเล่นวีดีโอ เครื่องปรับอากาศ เป็นต้น

**เขตที่อยู่อาศัย** หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน

**เขตชนบท** หมายถึง พื้นที่ๆ นอกเหนือจากเขตเทศบาลและสุขาภิบาล (เขตเทศบาล หมายถึง ท้องถิ่นที่ได้มีพระราชกฤษฎีกาออกตามความในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 จัดตั้งขึ้นเป็นเทศบาล และสุขาภิบาล หมายถึง ท้องถิ่นที่กระทรวงมหาดไทย ประกาศกำหนดเขตจัดตั้งขึ้นเป็นสุขาภิบาล ตามความในพระราชบัญญัติสุขาภิบาล พ.ศ. 2495)

**เขตเมืองอื่นๆ** หมายถึง เขตเทศบาลและสุขาภิบาล ยกเว้นกรุงเทพมหานคร



พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร หมายถึง จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน/วัน และจำนวนครั้งในการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน ใน 1 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์ เช่น รับประทานเนื้อสัตว์ 2 - 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

พฤติกรรมกรดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง แหล่งหรือวิธีการรักษาเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย

พฤติกรรมกรออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนครั้งในออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงจำนวนโรคที่เป็นและลำดับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ การเป็นโรคปวดหลัง/เอว และโรคไขข้ออักเสบ
3. นำผลการศึกษา มาเสนอเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ