

ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทพญ.บุญเอื้อ ยงวานิชกร * ทบ., สม., อท. (ทันตสาธารณสุข)
ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม * ทบ., วท.ม. (ระบาดวิทยา), อท. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพ (Health Determinants) ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ได้แยกปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพที่เกี่ยวกับการเป็นโรค การนอนหลับ อารมณ์ความรู้สึกต่อชีวิตและน้ำหนักตัว ปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับ จำนวนฟันในช่องปาก ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การยืมหัวเราะ การพูดจาเข้าสังคมและการใส่ฟันเทียม ตลอดจนปัจจัยในบริบทอื่นๆ ที่เคยมีการศึกษาว่า มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ รายได้เศรษฐกิจ อาชีพและระดับการศึกษา ทำการเก็บข้อมูลจาก 3 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งดัดแปลงจากองค์การอนามัยโลก (ค.ศ.1992) ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2550 ผู้สูงอายุจำนวน 231 คน ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน ข้อมูลจากการทดสอบทางสถิติของปัจจัยข้อมูลพื้นฐาน พบว่า เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การทำงานและรายได้อาชีพ การเป็นเจ้าของบ้านที่พักอาศัย และการเป็นสมาชิกชมรมหรือชมรม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.0001$ ในขณะที่เดียวกันความรู้สึกถึงสภาวะสุขภาพตนเอง ความรู้สึกต่อชีวิตและการนอนหลับได้ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ $p = 0.001$ และมีความชัดเจนว่า ความสามารถในการเคี้ยวอาหารและความสามารถในการยืม หัวเราะ พูดคุยกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.000$ และ 0.004 ตามลำดับ ถึงแม้ผู้สูงอายุที่ศึกษามีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ 1 โรค ในความรู้สึกไม่ได้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งอาจเนื่องมาจากเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือเป็นกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และจากการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยสถิติขั้นสูง Multiple regression พบว่า การประเมินสุขภาพทั่วไป ความเพียงพอของรายได้ การนอน การเคี้ยวอาหาร การยืม และการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ 38.2% (Adjusted $R^2 = 0.365$, $p\text{-value} = 0.000$)

คำสำคัญ: ปัจจัยสุขภาพ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบ (พ.ศ. 2550-2554) ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในด้านของ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่ สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคนและสังคมไทยให้ครอบคลุมใน 3 เรื่องหลัก หนึ่งในนั้นคือการเสริมสร้างสุขภาวะคนไทยให้มี สุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพ แวดล้อมที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพอย่าง ครบวงจร มุ่งการดูแลส่งเสริมป้องกันเพื่อการพัฒนา คุณภาพชีวิต การใช้มาตรวัดคุณภาพชีวิต “เชิง คุณภาพ” ได้เริ่มขึ้นเมื่อปี 1960 โดยมีงานศึกษา หลายชิ้น เช่น การศึกษาวิจัยปัญหาสุขภาพจิตกับ สภาวะสุขภาพอนามัยของ Gurin, Veroff, และ Feld (1960) การวิจัยสุขภาพจิตกับพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องของ Bradburn and Caplovitz (1960) จากรายงานวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2551” โดยสำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร ศาสตร์การศึกษาลำรวจคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา มีการ ใช้ตัวชี้วัดที่แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับชุมชน และบุคคล อีกทั้งมาตรวัดระดับบุคคล ก็ได้แบ่งเป็น เชิงปริมาณและคุณภาพ ถ้าเป็นเชิงปริมาณจะวัด จาก รายได้ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพ การจ้างงาน ในเชิงคุณภาพจะวัดจาก ทัศนคติเกี่ยวกับ ความสุข และคุณภาพชีวิต ตัวอย่างงานวิจัยคุณภาพ ชีวิตที่ใช้ตัวชี้วัดเป็นนามธรรมหรือในเชิงคุณภาพใน ระดับบุคคล ได้แก่ งานวิจัยของ Andrews and Withney (1976) และ Zandra (1983) เป็นต้น

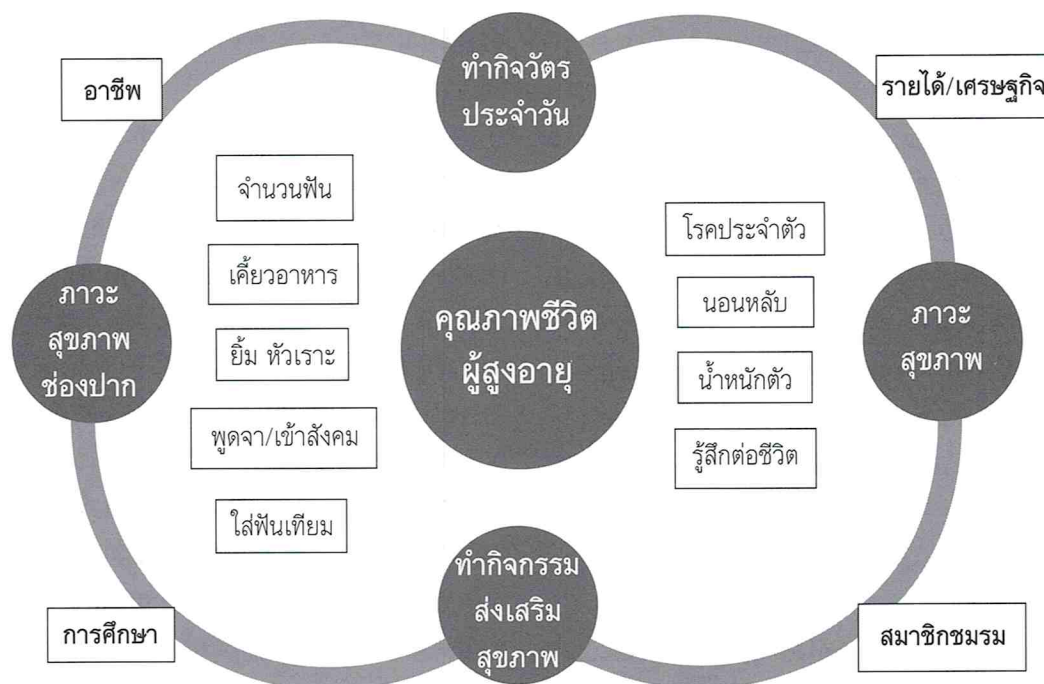
ปัจจุบันผู้ที่ทำงานด้านการแพทย์และ สาธารณสุขให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ มากขึ้น โดยมีสาเหตุหลักจากการเปลี่ยนแปลงของ โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่า 20 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2573) จะมีผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 20 หรือ 14.6 ล้านคน¹ ทำให้โครงสร้าง

ประชากรประเทศไทย เคลื่อนสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing)” ซึ่ง จะมีผลต่อสภาวะทางสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การ ดำรงชีวิตและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้สูง อายุ การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความมุ่งหวัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี นั้นหมายถึงการมี สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี สามารถดำรงตนอย่าง มีคุณค่า มีศักยภาพ ตลอดอายุขัย ทั้งนี้ แนวคิดใหม่ ได้ให้นิยามสุขภาพว่า “สุขภาพเกิดจากความสมดุล ระหว่างความถูกต้องทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางจิตวิญญาณกับองค์ประกอบอื่น คือ เศรษฐกิจ ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม การเมือง การศึกษา” การมีสุขภาพดีทำให้ผู้สูงอายุทำงานได้ เข้าสังคม ออกจากบ้านพบเพื่อน มีผลต่อจิตใจดี การมีสุขภาพดีจึงสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี ขณะเดียวกันสุขภาพช่องปากก็มีความสัมพันธ์ต่อ สุขภาพกายและคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ในเรื่องขบเคี้ยว การกัด การกลืน การพูด การยิ้ม การหัวเราะ การ รับรสและกลิ่นจากอาหาร พันธุกรรมชาติมีผลต่อภาพ ลักษณะ ความมั่นใจและความสวยงาม ในขณะที่ ความเจ็บปวดหรือไม่สบายเนื่องจากฟันมีผลต่อการ พักผ่อน นอนหลับ การทำงาน หรือกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ จำนวนฟันที่เหลืออยู่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การทดแทนฟัน ธรรมชาติด้วยฟันเทียม สามารถใช้งานได้ระดับหนึ่ง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วย โดยมีผลที่แตกต่าง กันในแต่ละพื้นที่ เช่น การศึกษาถึงผลกระทบของ สุขภาพช่องปากต่อการเคี้ยวอาหารและปัญหา สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ฟันเทียมในผู้สูงอายุหลายๆ แห่งมีขนาดของผลต่างๆ กัน เช่น การศึกษาผู้สูง อายุ 623 คน ในจังหวัดเชียงใหม่ พบร้อยละ 45 มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร² การศึกษาในผู้สูงอายุ ชาวอังกฤษ 454 คน พบร้อยละ 29 ที่มีผลต่อการ บดเคี้ยว³

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความ

สัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในมุมมองและการประเมินของผู้สูงอายุที่เป็นประชาชนเจ้าของสุขภาพ เป็นการศึกษาเพื่อที่จะได้ข้อมูลสำคัญในการออกแบบเพื่อทำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้หลักการที่ให้ความสำคัญต่อการรับรู้และความยอมรับของผู้สูงอายุ (patient center) ซึ่งจะทำให้การดูแลที่เกิดขึ้นเป็นการดูแลที่เป็นองค์รวมมากขึ้น โดยดัชนีตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของการศึกษานี้ พัฒนาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย๋อดบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ⁴ ร่วมกับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมุมมองของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษา โดยประเมินจากความรู้สึกรู้สึกต่อชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุเอง เช่น รู้สึกมีความสุขทางกาย ทางใจ การเป็นโรค ความกังวลหรือเป็นทุกข์ต่อสถานะที่เป็นอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความพึงพอใจต่อความเป็นอยู่ เพื่อนบ้าน ความมั่นคงปลอดภัย ฯลฯ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกกลุ่มอายุ ในส่วนของผู้สูงอายุเป็นการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่างๆ ผ่านชมรมผู้สูงอายุ การศึกษานี้ ได้แยกปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย การเป็นโรค การนอนหลับ อารมณ์ความรู้สึกต่อชีวิตและน้ำหนักตัว สำหรับปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย จำนวนฟันในช่องปาก ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การยืมหัวเราะ การพูดจาเข้าสังคมและการใส่ฟันเทียม ตลอดจนปัจจัยในบริบทอื่นๆ ที่เคยมีการศึกษาว่ามีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมต่างๆ รายได้เศรษฐกิจ อาชีพและระดับการศึกษา



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

Fig. 1 The Relationship between health determinants and elderly quality of life

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ระเบียบวิธี ทำการศึกษาโดยวิธีการสำรวจ

1. ประชากรศึกษา คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในจังหวัดเชียงใหม่

1.1 ตัวอย่างการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยกระบวนการเยี่ยมบ้าน ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (มีนาคม-พฤษภาคม 2550)

1.2 การเลือกตัวอย่าง โดยวิธีการ stratified พื้นที่ในจังหวัดเชียงใหม่ เป็น 4 เขต ตามการแบ่งเขตของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกอำเภอตัวอย่างด้วยวิธีการ คัดเลือกตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ (purposive sampling) โดยใช้ความพร้อมและความเป็นไปได้ของพื้นที่ที่จะเข้าร่วมโครงการซึ่งได้พื้นที่ 3 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่อนกลาง อ.ฝาง ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านกัวแลน้อย อ.สันป่าตอง และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลหางดง อ.หางดง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน 3 แห่ง

2. เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 หมวด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำการเก็บข้อมูลโดยทีมวิจัย

3. ตรวจสอบข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square, t-test และ Multivariate Regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้ทำการสัมภาษณ์ 231 คน เป็นหญิง ร้อยละ 56.7 ชายร้อยละ 43.3 อายุ

ระหว่าง 60-87 ปี เฉลี่ย 72.34 ปี ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 56.3 และเป็นหม้ายหรือแยกทางกับคู่สมรส ร้อยละ 41.6 เป็นโสด ร้อยละ 2.2 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.4 การศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 1.7 ผู้สูงอายุที่ทำงานหารายได้อยู่ ร้อยละ 34.6 โดยมีอาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 21.6) ค้าขาย (ร้อยละ 10.4) ร้อยละ 97 ของผู้สูงอายุ มีรายได้ (200-38,000 บาท เฉลี่ย 2,240.10 บาท) ทั้งนี้ ร้อยละ 43.3 รายงานว่า รายได้พอเพียง ร้อยละ 30 ได้รายได้จากลูก-หลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยในบ้านของตนเอง (ร้อยละ 87.4) และพอใจกับบ้านพัก มีผู้สูงอายุเพียง 1 คนที่ไม่พอใจกับบ้านที่พักอาศัยอยู่ โดยส่วนใหญ่จะอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน พบมีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในบ้าน 22 คน (ร้อยละ 9.5) เฉลี่ยจำนวนคนในบ้านที่พัก 2.52 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นลูกและคู่สมรส (ร้อยละ 36.8 และ 19.9 ตามลำดับ) มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.3 ไม่มีผู้ดูแลประจำ พบผู้สูงอายุ 4 คน ที่ไม่มีผู้ดูแลเมื่อป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์และชมรมผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1)

ข้อมูลสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 60.6 ของผู้สูงอายุ มีรูปร่างสมส่วน (BMI 18.5-24.9) ร้อยละ 25.5 ผอม (BMI น้อยกว่า 18.5) ร้อยละ 12.6 อ้วน (BMI 25.0-29.9) และเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 1.3 (BMI มากกว่า 30.0) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ ดี (ร้อยละ 69.3) พบร้อยละ 4.8 ประเมินตนเองว่ากำลังป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตัวเองมีความสุขพอประมาณ ร้อยละ 79.2 มีความสุขมาก ร้อยละ 17.3 ไม่มีความสุข ร้อยละ 3.5 รายงานว่า นอนไม่หลับเป็นประจำ ร้อยละ 1.7 มีโรคประจำตัว โรคที่พบเป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ

Table 1 Percentage of personal factors of elderly

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	43.3
หญิง	131	56.7
สถานภาพ		
โสด	5	2.2
คู่	130	56.3
หม้าย/แยก	96	41.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	38	16.5
ประถมศึกษา	181	78.4
มัธยมศึกษา	8	3.5
ปริญญาตรี	4	1.7
การทำงาน		
ไม่ได้ทำงาน	151	65.4
ทำงานหารรายได้	80	34.6
อาชีพ		
รับจ้าง	50	21.6
ค้าขาย	24	10.4
เกษตร	4	1.7
อื่นๆ	2	.9
มีรายได้		
ไม่มี	7	3.0
มี (เฉลี่ย 2,240.1บาท)	224	97.0
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	131	56.7
เพียงพอ	100	43.3
บ้านพัก		
เป็นของตนเอง/คู่สมรส	202	87.4
อาศัยกับญาติ	25	10.8
ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน (0 – 14 คน เฉลี่ย 2.52)		
การเป็นสมาชิก		
ฌาปนกิจ	226	97.8
ชมรมผู้สูงอายุ	197	85.3

ตารางที่ 2 ร้อยละของปัจจัยสุขภาพในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ

Table 2 Percentage of health determinants of elderly

ประเด็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาวะสุขภาพ		
ดีมาก	19	8.2
ดี	160	69.3
ไม่ดี	41	17.7
กำลังป่วย	11	4.8
ความรู้สึกต่อชีวิต		
มีความสุขมาก	40	17.3
มีความสุขพอประมาณ	183	79.2
ไม่มีความสุข	8	3.5
เป็นทุกข์	-	-
การนอนหลับ		
นอนหลับดี	130	56.3
นอนหลับๆ ตื่นๆ	92	39.8
นอนไม่หลับ	5	2.2
นอนไม่หลับเป็นประจำ	4	1.7
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	84	36.4
เบาหวาน	19	8.2
โรคหัวใจ	19	8.2
โรคเกี่ยวกับสายตา	61	26.4
โรคในช่องปาก	26	11.3
โรคเมะเร็ง	2	.8

สภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีฟันคงเหลือในช่องปากเฉลี่ย 14.59 ซี่ ร้อยละ 57.1 สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี ร้อยละ 22.1 มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร และร้อยละ 1.8 มีปัญหาในการเข้าร่วมสังคม สุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก 4

กิจกรรม ได้แก่ การเคี้ยวอาหาร การยิ้มหัวเราะและพูดคุย การพูดจา และความสามารถในการเข้าสังคมงานต่างๆ ได้อย่างไม่มีปัญหาร้อยละ 72.7 มีปัญหาเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพฟัน ร้อยละ 8.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Table 3 Oral health status and health promotion activities of elderly

ประเด็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก (เฉลี่ย 14.59 ซี่)		
ไม่มีฟัน	47	20.3
1-19 ซี่	88	38.1
20-32 ซี่	96	41.6
การเคี้ยวอาหาร		
เคี้ยวอาหารได้ดี	132	57.1
มีฟันน้อยก็เคี้ยวได้	32	13.9
ไม่มีฟันก็เคี้ยวได้	16	6.9
มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร	51	22.1
การยิ้ม หัวเราะ พูดคุยกับผู้อื่น		
ได้อย่างสบายใจ	127	55.0
ได้อย่างสบายใจแม้มีฟันเหลืออยู่น้อย/ไม่มีฟัน	47	20.4
ได้อย่างสบายใจเพราะใส่ฟันปลอม	45	19.5
ไม่ได้เต็มทีเพราะมีฟันเหลือน้อย/ไม่มีฟัน	12	5.2
การพูดจา		
พูดได้ชัดเจนดี	190	82.3
พูดไม่ชัดเพราะไม่มีฟันบางซี่	13	5.6
พูดชัดหรือไม่ชัดไม่เป็นไร เป็นเรื่องธรรมดา	25	10.8
อื่นๆ	3	1.3
การเข้าสังคม ประชุม ร่วมกิจกรรมชมรม ทำบุญ ฯลฯ		
ได้อย่างสบายใจ	126	54.5
ได้อย่างสบายใจแม้มีฟันเหลืออยู่น้อย/ไม่มีฟัน	50	21.6
ได้อย่างสบายใจเพราะใส่ฟันปลอม	46	19.9
ไม่ออกไปเพราะมีฟันเหลือน้อย/ไม่มีฟัน	4	1.8
อื่นๆ	5	2.2
สุขภาพช่องปาก		
มีปัญหามาก	4	1.7
มีปัญหาค่อนข้างมาก	7	3.0
มีปัญหาปานกลาง	8	3.5
มีปัญหาเล็กน้อย	44	19.0
ไม่มีปัญหา	168	72.7

การทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วน 74.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่าเข้าร่วมกิจกรรม
ใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ร้อยละ ส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

Table 4 Health promotion and daily routine activities of elderly

ประเด็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาวะสุขภาพ		
ดีมาก	19	8.2
ดี	160	69.3
ไม่ดี	41	17.7
กำลังป่วย	11	4.8
การทำกิจวัตรประจำวัน		
ทำได้ดี	172	74.5
ทำได้ปานกลาง	53	22.9
ทำได้น้อย	6	2.6
การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ		
ทำได้มาก	57	24.7
ทำได้ปานกลาง	153	66.2
ทำได้น้อย	21	9.1

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การประเมิน ที่สุด = 4) สำหรับข้อ 4-5 และข้อ 7-8 จะกลับ
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบการประเมิน 20 ทิศทางการให้คะแนน โดยเกณฑ์ประเมินแบ่งเป็น 4
ประเด็น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นค่า 0-4 กลุ่ม ดังนี้
คะแนน (ไม่เคย = 0 เล็กน้อย = 1 มาก = 3 มาก

เกณฑ์คะแนน	ความหมาย	ร้อยละผู้สูงอายุ
เท่ากับหรือมากกว่า 72	คุณภาพชีวิตดีมาก	6.1
61-71	คุณภาพชีวิตดี	39.8
21-60	คุณภาพชีวิตปานกลาง	54.1
0-20	คุณภาพชีวิตไม่ดี	0

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 59.97 ซึ่งจัดอยู่ใน ระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 54.1 มี คะแนนอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตปานกลาง เมื่อ พิจารณารายประเด็นพบว่า ผู้สูงอายุจะมีปัญหาขาด การดูแล คือ ไม่มีผู้พาไปหาหมอตามนัด ร้อยละ 49.4 และไม่ยอมรับข่าวสารใหม่ๆ ร้อยละ 36.8 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความรู้สึกและสภาพของผู้สูงอายุ ตามประเด็นประเมินคุณภาพชีวิต

Table 5 Perception according to the index of quality of life of elderly

ความรู้สึก/สภาพ	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1. รู้สึกชีวิตมีความสุข	1 (0.4)	33 (14.3)	172 (74.5)	25 (10.8)
2. ยอมรับข่าวสารใหม่ๆ	10 (4.3)	75 (32.5)	104 (45.0)	42 (18.2)
3. ชีวิตมีความสุขทางใจ	2 (0.9)	33 (14.3)	166 (71.9)	30 (13.0)
4. เป็นโรคเรื้อรัง	121 (52.4)	70 (30.3)	36 (15.6)	4 (1.7)
5. กังวลและเป็นทุกข์เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง	142 (61.5)	47 (20.3)	35 (15.2)	7 (3.0)
6. มีผู้พาไปหาหมอตามนัด	81 (35.1)	33 (14.3)	72 (31.2)	45 (19.5)
7. มีโรคในช่องปาก	132 (57.1)	78 (33.8)	19 (8.2)	2 (0.9)
8. กังวลและเป็นทุกข์เกี่ยวกับโรคในช่องปาก	138 (59.7)	77 (33.3)	16 (6.9)	-
9. เข้ากับคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี	4 (1.7)	7 (3.0)	116 (50.2)	104 (45.0)
10. คนในครอบครัวรักใคร่และผูกพันกัน	4 (1.7)	4 (1.7)	121 (52.4)	102 (44.2)
11. เข้ากับคนนอกครอบครัวได้ดี	2 (0.9)	6 (2.6)	150 (64.9)	73 (31.6)
12. พึงพอใจกับฐานะความเป็นอยู่	2 (0.9)	18 (7.8)	153 (66.2)	58 (25.1)
13. เห็นอกเห็นใจเมื่อคนอื่นมีทุกข์	3 (1.3)	22 (9.5)	167 (72.3)	39 (16.9)
14. ยินดีกับความสำเร็จของผู้อื่น	2 (0.9)	13 (5.6)	178 (77.1)	38 (16.5)
15. ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหาเมื่อมีโอกาส	7 (3.0)	60 (26.0)	146 (63.2)	18 (7.8)
16. ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือผู้อื่น	9 (3.9)	68 (29.4)	143 (61.9)	11 (4.8)
17. ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	-	18 (7.8)	159 (68.8)	54 (23.4)
18. ได้รับความเคารพนับถือจากคนในครอบครัว	-	6 (2.6)	128 (55.4)	97 (42.0)
19. ได้รับความเคารพนับถือจากคนในชุมชน	-	10 (4.3)	144 (62.3)	77 (33.3)
20. รู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต	3 (1.3)	19 (8.2)	157 (68.0)	52 (22.5)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสุขภาพและ คุณภาพชีวิต จากการทดสอบทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิง บวกกับน้ำหนัก จำนวนรายได้ จำนวนการเป็น

สมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ จำนวนฟันที่มีในช่อง ปาก สุขภาพฟัน ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความต้องการรายได้เพิ่ม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ

Table 6 The Relationship between scores of quality of life and related factors of elderly

ประเด็น/ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	SD	Pearson Correlation	p-value*
คุณภาพชีวิต	59.60	8.070	1	-
น้ำหนัก	50.039	10.323	0.177	.007*
ค่า BMI	20.88	3.894	0.125	.057
จำนวนรายได้	2,165.07	3,923.055	0.178	.010*
ความต้องการรายได้เพิ่ม	903.46	1,129.211	-0.183	.005*
จำนวนการเป็นสมาชิกฌาปนกิจ	2.40	1.318	0.236	.000*
จำนวนฟันในช่องปาก	14.59	11.467	0.140	.033*
สุขภาพฟัน	3.58	0.840	0.362	.000*
การทำกิจวัตรประจำวัน	8.44	1.266	0.342	.000*
การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	24.54	4.379	0.367	.000*

*significance level $p < 0.05$

เมื่อจัดคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์กับข้อมูล สภาวะสุขภาพ/ต่อชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัย
พื้นฐาน พบว่า ความพอเพียงของรายได้ การเคี้ยว สำคัญทางสถิติกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่
อาหาร การยิ้ม หัวเราะ การนอน ความรู้สึกต่อ $p < 0.05$ (ตารางที่ 7, 8, และ 9)

ตารางที่ 7 คะแนนคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคลในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ

Table 7 The scores of quality of life and personal factors of elderly

หัวข้อ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	P - value
เพศ				
ชาย	100	60.42	0.679	.176
หญิง	131	58.97	0.777	
สถานภาพ				
โสด	5	60.80	5.357	.097
คู่	130	60.55	7.424	
หม้าย/แยก	96	58.24	8.855	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	38	56.45	10.091	.027*
ประถมศึกษา	181	60.00	7.554	
มัธยมศึกษา	8	63.13	6.034	
ปริญญาตรี	4	64.25	5.560	

หัวข้อ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	P - value
การทำงาน				
ไม่ได้ทำงาน	151	59.35	8.297	.525
ทำงานหารายได้	80	60.06	7.651	
อาชีพ				
รับจ้าง	50	59.16	6.962	.524
ค้าขาย	24	61.58	8.978	
เกษตร	4	64.00	8.165	
อื่นๆ	2	56.50	3.536	
มีรายได้				
ไม่มี	7	56.86	5.843	.363
มี (เฉลี่ย 2,240.1บาท)	224	59.68	8.124	
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	131	57.53	7.144	.000*
เพียงพอ	100	43.3	8.436	
บ้านพัก				
เป็นของตนเอง/คู่สมรส	202	59.55	8.152	.812
อาศัยกับญาติ	25	59.93	7.601	
การเป็นสมาชิก				
ฌาปนกิจ	226	59.58	8.096	.866
ไม่ได้เป็น	5	60.20	7.563	
การเป็นสมาชิก				
ชมรมผู้สูงอายุ	197	59.59	8.250	.969
ไม่ได้เป็น	34	59.65	7.040	

* ทดสอบด้วยสถิติ t-test, significance level $p < 0.05$

ตารางที่ 8 คะแนนคุณภาพชีวิตกับข้อมูลสภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ

Table 8 The scores of quality of life and general health of elderly

ประเด็น	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	P – value
สภาวะสุขภาพ				
ดีมาก	19	64.63	4.374	.001*
ดี	160	60.86	6.530	
ไม่ดี	41	54.95	9.407	
กำลังป่วย	11	49.91	12.888	
ความรู้สึกต่อชีวิต				
มีความสุขมาก	40	63.48	6.181	.001*
มีความสุขพอประมาณ	183	59.16	8.124	
ไม่มีความสุข	8	50.13	4.190	
เป็นทุกข์	-			
การนอนหลับ				
นอนหลับดี	130	61.49	7.576	.001*
นอนหลับๆตื่นๆ	92	57.70	7.556	
นอนไม่หลับ	5	49.60	5.320	
นอนไม่หลับเป็นประจำ	4	54.25	16.840	

* ทดสอบด้วยสถิติ t-test, significance level $p < 0.05$

ตารางที่ 9 คะแนนคุณภาพชีวิตกับข้อมูลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

Table 9 The scores of quality of life and oral health status of elderly

ประเด็น	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ค่า SD	P - value
จำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก				
ไม่มีฟัน	47	57.62	9.200	.072
1-19 ซี่	88	59.30	7.954	
20-32 ซี่	96	60.84	7.426	
การเคี้ยวอาหาร				
มีปัญหา	51	55.00	10.241	.000*
ไม่มีปัญหา	180	60.90	6.830	
การยิ้ม หัวเราะ พูดคุยกับผู้อื่น				
มีปัญหา	12	48.08	11.634	.004*
ไม่มีปัญหา	219	60.23	7.361	
การพูดจา				
มีปัญหา	13	55.54	11.780	.192
ไม่มีปัญหา	215	60.09	7.412	
การเข้าสังคม ร่วมกิจกรรม ทำบุญฯ				
มีปัญหา	4	47.00	16.310	NA
ไม่มีปัญหา	222	60.02	7.517	

* ทดสอบด้วยสถิติ t-test, significance level $p < 0.05$

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติขั้นสูง Multiple regression พบว่า การประเมินสุขภาพทั่วไป, สุขภาพฟัน, รายได้, ความเพียงพอของรายได้, และ

การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ 38.2% (Adjusted $R^2 = 0.365$, $p\text{-value} = 0.000$) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 โมเดลอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*

Table 10 Model of elderly quality of life

Variable	Unstandardized Coefficient		Standardized Coefficient		t	Sig
	(β)	Std. Error	(β)			
(constant)	53.701	4.244			12.654	0.0001
สุขภาพ	-1.526	0.838	-0.119		-1.820	0.070
สุขภาพฟัน	1.967	0.562	0.211		3.498	0.001
รายได้เพียงพอ	-4.640	0.953	-0.287		-4.870	0.0001
กิจกรรมส่งเสริม	0.516	0.114	0.284		4.514	0.0001
การนอน	-1.894	0.774	-0.142		-2.447	0.015
การเคี้ยวอาหาร	3.122	1.064	0.161		2.935	0.004
การยิ้ม	6.159	2.026	0.170		3.039	0.003

* $R = 0.618$, $R^2 = 0.382$, $Adj. R^2 = 0.365$, $Sig F change = 0.000$

ตารางที่ 11 คำอธิบายตัวแปรในโมเดลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Table 11 Variable Explanation in elderly quality of life model

ลำดับที่	รายละเอียด	ค่าตัวแปร / ค่าที่เป็นไปได้
1.	คุณภาพชีวิต	0 – 80
2.	สุขภาพ (สภาวะสุขภาพ)	1 กำลังป่วย 2 ไม่ดีเลย 3 ดี 4 ดีมาก
3.	รายได้เพียงพอ	1 ไม่เพียงพอ 2 เพียงพอ
4.	กิจกรรมส่งเสริม	9 – 36
5.	นอน	1 นอนไม่หลับเป็นประจำ 2 นอนไม่หลับ 3 นอนหลับๆ ตื่นๆ 4 นอนหลับดี
6.	เคี้ยว	0 มีปัญหา 1 ไม่มีปัญหา
7.	ยิ้ม	0 มีปัญหา 1 ไม่มีปัญหา

อภิปรายผล

บทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องดำเนินการและรับผิดชอบ ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน การศึกษาสำรวจคุณภาพชีวิตมีการใช้ตัวชี้วัดที่แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับชุมชนและบุคคล สำหรับระดับปัจเจกบุคคล ใช้ตัวชี้วัดทางอัตวิสัย (Subjective Indicators) ในเรื่องคุณภาพชีวิต 5 มิติ คือ 1) คุณภาพชีวิตด้านการทำงาน 2) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความเครียด 4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และ 5) คุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ประจำวัน ดังนั้น การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสถานบริการทั้งระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 5 มิติ โดยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ ตั้งแต่การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสุขภาพกายและจิตใจ การพัฒนาสุขภาพช่องปากโดยลดการสูญเสียฟันและใส่ฟันเทียมเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคี้ยวอาหาร ยิ้ม หัวเราะและเข้าสังคม การเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของปัจจัยต่างๆ ที่บุคลากรสาธารณสุขมีการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ มาตรการเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตที่ประมวลจากการวิจัยที่ผ่านมาเป็นมาตรการระดับบุคคล ในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ และสุขภาพช่องปาก และบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นเฉพาะเจาะจง

จากการทดสอบทางสถิติของปัจจัยข้อมูลพื้น

ฐาน พบว่า เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การทำงานและรายได้อาชีพ การเป็นเจ้าของบ้านที่พักอาศัย และการเป็นสมาชิกฌาปนกิจหรือชมรม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ $p=.000$ ในขณะเดียวกันความรู้สึกถึงสภาวะสุขภาพตนเอง ความรู้สึกต่อชีวิต และการนอนหลับได้ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ $p=.001$ และมีความชัดเจนว่าจำนวนฟันในช่องปาก ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร และความสามารถในการยิ้ม หัวเราะ พูดคุยกับผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=.072, .000$ และ $.004$ ตามลำดับ ถึงแม้ผู้สูงอายุที่ศึกษามีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ 1 โรค ในความรู้สึกไม่ได้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งอาจเนื่องมาจากการเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการหรือเป็นกลุ่มที่ได้รับ การเยี่ยมบ้าน และจากการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคะแนนคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) พบว่า การประเมินสุขภาพทั่วไป ความเพียงพอของรายได้ การนอน การเคี้ยวอาหาร การยิ้ม และการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ 38.2% ($\text{Adjusted } R^2 = 0.365, p\text{-value}=0.000$)

ผู้สูงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มหลักได้อย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหนึ่ง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ ทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุข ซึ่งส่วนใหญ่เข้าร่วมอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มสอง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางคนก็อยู่ในสถาบัน บางคนมีคนดูแลที่บ้าน และ กลุ่มสาม เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พึ่งพิง (homeless) กลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมอยู่ในชมรมและเป็นกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจึงเป็นกลุ่มเข้าถึงบริการ ดังนั้น จึงพบว่า คะแนน

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจัดอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง คือ ไม่มีผู้พาไปหาหมอ และการไม่ยอมรับข่าวสารใหม่ ทั้งนี้ เราต้องเข้าใจว่ายังมีผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และกลุ่มที่ไม่มีที่พึ่งพิงที่ต้องคำนึงถึงในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพด้วย

จากข้อมูลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่ามีฟันน้อย หรือไม่มีฟันก็เคี้ยวอาหารได้ ร้อยละ 20.8 อาจเป็นประเด็นที่ทันตบุคลากรให้ความสนใจศึกษาถึงผลต่อสุขภาพ และช่องปากที่จะเกิดขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่ยิ้ม หัวเราะ พูดคุยได้อย่างสบายใจ แม้มีฟันน้อย/ไม่มีฟัน ร้อยละ 20.4 และใส่ฟันปลอม ร้อยละ 19.5 ทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่เห็นว่าการมีฟันน้อย ไม่มีฟัน ใส่ฟันปลอมไม่เป็นปัญหาต่อการเคี้ยวและพูดคุย ในขณะที่ปัจจัยเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เพราะเมื่อจัดคะแนนคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์จากการประเมินสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุนั้น ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การยิ้ม หัวเราะ พูดคุยได้อย่างสบายใจ การนอน และการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ $p < 0.05$ สำหรับความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ กับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพที่ต้องสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environment) ใหม่เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันและอยู่ได้อย่างปกติสุขเป็นสิ่งจำเป็น การอยู่บ้านเฉยๆ อาจจะรู้สึกไม่มีคุณค่าในชีวิต ควรมีกิจกรรมออกนอกบ้านจะได้มีเพื่อน กิจกรรมต่างๆ เช่น ในชมรมผู้สูงอายุ หรือวัด ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และสุขภาพช่องปากจากความรู้สึกและการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ โดยไม่มีการตรวจสอบภาวะสุขภาพและอนามัยในช่องปากผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ ซึ่งคงต้องมีการศึกษาต่อเนื่องต่อไป เพื่อจะทำให้ผลการศึกษาสัมบูรณ์ยิ่งขึ้น นั่นคือ ทำให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากผู้สูงอายุ ทำให้เป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ และทันตสุขภาพ และพัฒนาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้สูงอายุในอนาคตได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้นของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขและทันตบุคลากรที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากแนวคิดการพัฒนาสุขภาพปัจจุบัน ที่ให้ความสำคัญกับการที่ประชาชนอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถปรับให้เกิดความสมดุลของชีวิต โดยไม่จำเป็นต้องปราศจากโรคโดยสิ้นเชิง เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนากระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้บุคคลและบุคลากรสาธารณสุข ดำเนินการในการควบคุมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ เป็นไปตามนิยามการส่งเสริมสุขภาพปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพถือเป็นบทบาทหลักของงาน Public Health และยังช่วยสนับสนุนการจัดการทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมถึงภาวะคุณภาพอื่นๆ ได้ ดั่งนิยามการส่งเสริมสุขภาพจาก 1st Global Health Promotion Conference : Ottawa กำหนดว่า Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being.

อนึ่งจากหนังสือเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย 2563⁵ มีการนำข้อมูลพื้นฐานของการสำรวจทันตสุขภาพ 2544 ที่พบว่า ร้อยละ 57.5 ของผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงมีการกำหนด ดัชนีชี้วัดการบรรลุเป้าหมายของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีฟันใช้งานได้มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มสูงอายุเป้าหมายซึ่งมีอายุเฉลี่ย 72.34 ปี มีฟันเฉลี่ย 14.59 ซี่, จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ มีอยู่ร้อยละ 41.6 ไม่มีฟันในช่องปากร้อยละ 20.3 จากข้อมูลทำให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชนบท แม้ไม่อาจเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในชนบทของประเทศ แต่คงมีหลายๆ พื้นที่ที่มีลักษณะเหมือนกับผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษาโดย พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไปของกลุ่มศึกษามีเพียงร้อยละ 41.6 ยังห่างไกลเป็นอัน

มากจากเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 น่าจะเป็นประเด็นที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายซึ่งคงต้องมีการทบทวนเป้าหมายหรือยุทธศาสตร์การดำเนินงานในกลุ่มสูงอายุและกลุ่มวัยแรงงาน ประเด็นที่สอง ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นมุมมองของผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของสุขภาพที่ทันตบุคลากรสามารถนำไปใช้เพื่อวิเคราะห์มาตรการการให้บริการเพื่อพัฒนาสุขภาพและทันตสุขภาพ และปรับเปลี่ยนทัศนคติ และความตระหนักของผู้สูงอายุต่อการดูแลสุขภาพและอนามัยในช่องปากต่อไปได้

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ ทพญ. สุณี ผลดีเยี่ยม ที่สนับสนุนข้อมูลการศึกษา และขอขอบคุณนางสาวสุพรรณิ สุคนธรานิล ที่ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. ปัทมา ว่าพัฒนวงค์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. บทความประชากรไทยในอนาคตใน 30 ปี หน้า 2 ตารางที่ 2 ดัชนีผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548-2578.
2. Srisilapanan and Sheiham, 2001. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology. 2001 ; 18 : 8-102.
3. Colman McGrath and Raman Bedi . The importance of oral health to older people's quality of life, Gerodontology, (July 1999) ; 16(1) : 59-63.
4. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิพัฒน์สกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย 2563 (Thailand Oral Health Goal 2020). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก ; 2550.

The Relationship of Health Determinants on Elderly Quality of Life

Boonaur Yongvanichakorn* DDS., M.P.H., Diplomate
(Thai Board of Dental Public Health)

Piyada Prasertsom* D.D.S. M.Sc.(Medical Epidemiology)
Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)

Abstract

The purpose of this study was to assess factors related to quality of life in Thai elderly. Data was collected by quality assessment form which was modified from the standard form of WHO (1992). The ageing people were randomly selected from 3 amphur of Chiangmai province, Northern part of Thailand. The questionnaires consisted of 3 domain: physical health including oral health, social activities, relaxation and recreation. There were 231 elderly completed the assessment form. The mean age was 72.4 years old. Sex, marital status, level of education, income, house ownership and member of any social group are not showed statistical significant to quality of life. Subjective health status, ability to sleep and self valuing showed statistical significant to the quality of life of the samples. ($p=0.001$). Oral health status such as chewing ability, smiling and social communication also revealed strong statistical significance to quality of life of the elderly at $p= 0.000$ and 0.004 respectively. Although this study showed that the elderly was at least one systemic disease but there was not any effect to the quality of life. The multiple regression was performed to reveal strength of factors association. Result showed that perception of health status, enough income, ability to sleep, chewing ability, smiling and health promotion activities were significant factors contributed to the quality of life. (Adjusted $R^2 = 0.365$, $p = 0.000$)

Key words: *health determinants, elderly quality of life*

* Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health.