

วิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตยืนยาว อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

วันเพ็ญ แก้วสีโส¹กิตติ ประจันตเสน²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 615 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างเป็นหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.89 (95%CI 34.04-41.85) ระดับวิถีชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 67.15 ประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การยอมรับความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ =4.22, S.D. = 0.62) รองลงมา ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ ($\bar{X}$ =4.14, S.D. = 0.60) และความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X}$ =4.08, S.D. = 0.71) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การปฏิบัติการทางโภชนาการระดับสูง (Adj.OR=1.89; 95% CI: 1.26 - 2.85; p-value <0.002) แบบแผนการนอนหลับ (Adj.OR=2.54; 95% CI: 1.71 - 3.78; p-value <0.001) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Adj.OR=3.55; 95%CI: 2.48 - 5.37; p-value <0.001) และความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย (Adj.OR=1.94; 95% CI: 1.35 - 2.79; p-value <0.001) การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงกับวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทของผู้สูงอายุ การใช้พลังและกลไกทางสังคมเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการ รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการของหน่วยบริการควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวควบคู่ไปกับการมีสุขภาวะอย่างแท้จริง

คำสำคัญ : วิถีชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีชีวิตยืนยาวอย่างมีสุขภาวะ

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย E-mail: seesowan@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย E-mail: kitti3846@gmail.com

Life style and Accessibility to health care services associated with longevity and healthy among elderly population in Loei Province

Wanpen Keawseeso¹

Kitti Prachuntaen²

ABSTRACT

This study aimed to investigate the association between life style and accessibility to health care services and longevity and Healthy among the elderly in Loei Province. Participants were 615 elderly persons aged 80 years old and older. Multistage random sampling was performed to select the participants. Data were collected by questionnaires with Cronbach alpha coefficient about 0.96. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics in terms of multiple logistic regression analysis.

The results revealed that health status of the elderly was at a good level (37.89%) (95%CI 34.04-41.85), the average of lifestyle was at the highest level (66.67%). The accessibility to health care services issue related to the acceptability of health care providers had the highest average ($\bar{x}$ =4.22, S.D. = 0.62), and then the convenience of accessibility to health care setting ($\bar{x}$ =4.14, S.D. = 0.60) and the availability of health care services ($\bar{x}$ =4.08, S.D. = 0.71). Factors associated with the longevity and healthy of the elderly in Loei Province with statistical significant were high level of nutrition practice (Adj.OR = 1.89; 95% CI: 1.26 - 2.85; p-value = 0.002), sleeping pattern (Adj.OR = 2.54; 95%CI: 1.71 - 3.78; p-value < 0.001), health service accessibility (Adj.OR = 3.55; 95%CI: 2.48 – 5.37; p-value < 0.001) and sufficiency of revenue per expenditure (Adj.OR = 1.94; 95% CI: 1.35 – 2.79; p-value < 0.001) respectively. Therefore, health promotion for longevity and healthy of the elderly should consider the lifestyle context of the elderly in each area and also social strength and mechanism to drive the process of health promotion. In addition, the development of service capabilities and quality may help to support living a long life with true wellbeing of the elderly.

Keywords: Life style, Accessibility to health care services, longevity

¹ Plan and Policy Analyst (Professional level), Loei Provincial Public Health Office, **E-mail:** seesowan@gmail.com

² Public Health Technical Officer (Professional level), Loei Provincial Public Health Office, **E-mail:** kitti3846@gmail.com

บทนำ

การคาดการณ์โครงสร้างประชากรหรือการฉายภาพประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ (United Nation) บ่งชี้ว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประชากรทุกกลุ่มอายุ และจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2693¹ เช่นเดียวกับประชากรไทยที่อัตราเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคน ในปี 2503 เป็น 10.7 ล้านคนในปี 2558 หรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 7 เท่าตัว คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด มีการประมาณการว่า ในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุมากกว่า 20 ล้านคน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่อัตราเกิดของประชากรไทยในภาพรวมกลับมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น²

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นถือเป็นปรากฏการณ์ที่มีนัยยะบ่งชี้ว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาและความท้าทายที่แตกต่างไปจากอดีตที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นความมั่นคงทางสังคม ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและความไม่เสมอภาคและเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มวัย เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในประเทศส่วนใหญ่ในตะวันตก การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการ

จัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นความท้าทายหลักของภาครัฐ และทุกภาคส่วนของสังคมโดยรวม ภาครัฐได้ให้ความสำคัญและเตรียมความพร้อมเผชิญกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ก่อให้เกิดภาระและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมดุลเป็นปกติสุข ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (old-old age group) อาจมีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและปัญหาการเสื่อมลงของภาวะสุขภาพรวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ กระดูกพรุน ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ตาบอด และหูหนวก อันเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเกิดความพิการของผู้สูงอายุไทย³

ความยืนยาวของชีวิต ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม เพศ วิธีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ สภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรวมถึงระบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งความยืนยาวของชีวิตจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัจจัยในแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการดำเนินชีวิตหรือวิถีชีวิต (Lifestyle) ซึ่งตามนิยามของ Hetzel and McMichael ให้นิยามและจำกัดความไว้ว่าวิถีชีวิต หมายถึงพฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตซึ่งบุคคลแสดงออกมาโดยมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของบุคคลนั้นได้ทั้งทางบวกและทางลบ วิถีชีวิตถือเป็นส่วนหนึ่ง

ของพลวัตรความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบบแผนชีวิตนี้จะเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ตลอดจนสังคมและวัฒนธรรม⁴ หรืออาจกล่าวได้ว่า วิถีชีวิตเป็นการแสดงออกเชิงพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำรงชีวิตที่สะท้อนถึงความคิดและทัศนคติที่บุคคลใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเชื่อมโยงถึงการมีปฏิสัมพันธ์และการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นซึ่งสามารถส่งผลต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งเชิงส่งเสริมป้องกันและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเมร็งและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน นันทนาการ การบริโภคอาหาร สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยและประเพณีวัฒนธรรม โดยหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบความเชื่อมโยงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ⁵ ในขณะที่มีบุคคลที่การรับประทานอาหารและมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดรวมถึงยังสามารถช่วยให้ด้านสารอนุมูลอิสระได้ดีขึ้น⁶

นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากต้องเผชิญกับสภาพความเสื่อมตามวัยโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วย

และปัญหาด้านสุขภาพย่อมสูงกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น การเข้าถึงบริการสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวควบคู่ไปกับการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพตามกรอบทฤษฎีของ Penchansky and Thomas การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้านหลัก คือ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงสถานบริการ การอำนวยความสะดวก และการยอมรับบริการ⁷ ซึ่งประเด็นเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพได้ แม้ว่าประชาชนจะได้รับความครอบคลุมของการมีสิทธิประกันสุขภาพก็ตาม

จังหวัดเลยถือเป็นหนึ่งในหลายจังหวัดของประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบันจังหวัดเลยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 64,606 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมดและหนึ่งในห้าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากและมีอายุยืนยาว⁸ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาสถานะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลกับการมีชีวิตที่ยืนยาวควบคู่ไปกับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนากลวิธีในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถ

ช่วยเหลือตัวเองได้ตามอัตภาพและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในจังหวัดเลย
2. เพื่อระบุความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2561 ถึง กันยายน 2561 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในจังหวัดเลย จำนวน 12,341 คน⁸ โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้รวมถึงผู้ที่อาศัยอยู่ลำพังและไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ แบบ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression ของ Hsieh⁹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 615 คน โดยสุ่มแบบหลายชั้นตอน (Multistage random sampling) และสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบลที่เป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอ เมื่อได้ตำบลตัวอย่างแล้วสุ่มแบบกลุ่มให้หมู่บ้านเป็นกลุ่มหรือ Cluster มากำหนดกรอบในการเลือกมาเป็นตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุแต่ละอำเภอจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปฏิบัติการทางโภชนาการ กิจกรรมนันทนาการและศาสนา แบบแผนการนอนหลับและความพึงพอใจในชีวิต ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas⁷ ประกอบด้วย ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงสถานบริการ การอำนวยความสะดวก และการยอมรับบริการ เป็นข้อคำถามมีลักษณะของมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลตามแนวความคิดของ Best¹⁰ ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสุขภาวะโดยการวัดระดับสถานะสุขภาพทั้งมิติทางกายที่พิจารณาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) ด้านจิตใจประเมินจากภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สำหรับมิติสังคมเป็นข้อคำถามมีลักษณะของมาตรประมาณค่า 5 ระดับเกณฑ์การแปลผลตามแนวความคิดของ Best¹⁰ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีจะต้องมาจากระดับสุขภาพทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ และมิติทางสังคมรวมกันโดยผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพโดยรวมดีจะต้องมีระดับสุขภาพทั้ง 3 มิติอยู่ในระดับดี หากมีระดับสุขภาพในมิติใดมิติหนึ่งอยู่ในระดับไม่ดีถือว่าไม่มีสถานะสุขภาพโดยรวมไม่ดีและผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพโดยรวมดีจะถือว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาวะดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สำหรับกรณีสถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวิถีชีวิตกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย โดยใช้ Multiple logistic regression ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผู้วิจัยสนใจการมีสุขภาวะที่ดี (สถานะสุขภาพโดยรวมที่ดี) จึงได้ทำการสร้างเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยกำหนดให้ระดับสถานะสุขภาพไม่ดี เท่ากับ 0 ระดับสถานะสุขภาพดี เท่ากับ 1

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 61009 วันที่ 23 พฤษภาคม 2561

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในจังหวัดเลยเกินกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.91 อายุเฉลี่ย 85.84 ± 4.20 ปี อายุสูงสุด 105 ปี ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวเกิน ($23.00 - 24.99 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 13.33 และอ้วน ($\text{BMI} > 25.00 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 10.57 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.03 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 34.47 ผู้สูงอายุมีค่ามัธยฐานรายได้ 800 บาทต่อเดือน (ต่ำสุด 700 บาทต่อเดือน, สูงสุด 24,000 บาทต่อเดือน) เกินกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 51.54 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 6.83 ปัจจุบันมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.24 ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 4.55 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 62.28 ผู้ที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 10.44 มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก ร้อยละ 29.43 และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 55.61

ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.89 ดังตารางที่ 1 หากพิจารณาถึงสถานะสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่า ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ร้อยละ 55.61 โรคประจำตัวที่สำคัญประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 96.91 สามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้มีเพียงร้อยละ 0.81 ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ใน

ระดับดี ร้อยละ 85.53 หากพิจารณารายประเด็น พบว่า ผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 12.36 และ 1.46 ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงและรุนแรง ตามลำดับ และพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ

97.56 มีเพียงร้อยละ 0.49 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ด้านสุขภาพสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพสังคมโดยรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 50.57 ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.20 และค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.23

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับสถานะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย (N=615)

ระดับสถานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
สุขภาพดี	233	37.89	34.04-41.85
สุขภาพไม่ดี	382	62.11	58.15-65.15

ปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีวิถีชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 67.15 และระดับปานกลาง ร้อยละ 32.85 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านวิถีชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูง

ที่สุด ได้แก่ แบบแผนการนอนหลับ ($\bar{X}$ =4.14, S.D. = 0.62) รองลงมา คือ การปฏิบัติการทางโภชนาการ ($\bar{X}$ =4.01, S.D. = 0.53) และความพึงพอใจในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ =3.71, S.D. = 0.70) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับปัจจัยวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเลยจำแนกรายด้าน (n=615)

วิถีชีวิต	ระดับวิถีชีวิต (จำนวน/ร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
การปฏิบัติการทางโภชนาการ	420 (68.29)	193 (31.38)	2 (0.33)	4.01	0.53
แบบแผนการนอนหลับ	460 (74.80)	154 (25.04)	1 (0.16)	4.14	0.62
ความพึงพอใจในชีวิต	465 (75.61)	141 (22.93)	9 (1.46)	3.71	0.70
วิถีชีวิตในภาพรวม	436 (70.89)	179 (29.11)	- (0.00)	3.97	0.46

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีการ

เข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ระดับปานกลาง ร้อย

ละ 33.12 และผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.21 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่า ประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การยอมรับความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ =4.22, S.D. = 0.62) รองลงมา ได้แก่ ความสะดวกในการ

เข้าถึงแหล่งบริการ ($\bar{X}$ =4.14, S.D. = 0.60) และความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X}$ =4.08, S.D. = 0.71) สำหรับความสามารถในการจ่ายค่าบริการเป็นประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ =4.08, S.D. = 0.71) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย
จำแนกรายด้าน (n=471)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	ระดับการเข้าถึงบริการ (จำนวน/ร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่	367 (77.92)	92 (19.53)	12 (2.55)	4.08	0.71
ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่ง บริการ	290 (61.57)	170 (36.09)	11 (2.34)	4.03	0.77
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	229 (48.62)	139 (29.51)	103 (21.87)	3.61	1.16
ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่ง บริการ	350 (80.46)	77 (17.70)	8 (1.84)	4.14	0.60
การยอมรับความรู้ความสามารถ ของผู้ให้บริการ	387 (82.17)	84 (17.83)	- (0.00)	4.22	0.62
การเข้าถึงบริการโดยรวม	314 (66.67)	156 (33.12)	1 (0.21)	4.04	0.60

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ผู้วิจัยได้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิธีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัว

แปรอิสระแบบทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดจากตัวแปรอื่น ซึ่งจะได้ค่า Crude OR และค่า p value มาพิจารณาลักษณะของตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีค่า p-

value น้อยกว่า 0.25 เข้าโมเดลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อทำการควบคุมปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วิถีชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติการทางโภชนาการ

ระดับสูง (Adj.OR=1.89; 95% CI: 1.26 - 2.85; p-value =0.002) แบบแผนการนอนหลับ (Adj.OR=2.54; 95%CI: 1.71 - 3.78; p-value <0.001) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Adj.OR=3.55; 95%CI: 2.48 – 5.37; p-value <0.001) และความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย (Adj.OR=1.94; 95% CI: 1.35 – 2.79; p-value <0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย (วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร) (n=615)

ปัจจัย	n	% Good Health	Crude OR	Adj.OR (95% CI)	P- value
การปฏิบัติการทางโภชนาการ					0.002
ต่ำถึงปานกลาง	195	28.21	1	1	
สูง	420	42.38	1.87	1.89 (1.26 - 2.85)	
แบบแผนการนอนหลับ					<0.001
ต่ำถึงปานกลาง	155	26.45	1	1	
สูง	460	41.74	1.99	2.54 (1.71 - 3.78)	
การเข้าถึงบริการสุขภาพ					<0.001
ไม่เคยรับบริการ/ต่ำถึงปานกลาง	314	28.34	1	1	
สูง	301	47.84	2.32	3.65 (2.48 – 5.37)	
ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย					<0.001
ไม่เพียงพอ	317	31.55	1	1	
เพียงพอ	298	44.63	1.75	1.94 (1.35 – 2.79)	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.89 การที่ผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีน้อยกว่าครึ่ง เนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันจะลดประสิทธิภาพลง¹¹ ในขณะที่ร่างกายไม่สามารถสร้างแอนติบอดีทดแทนได้อย่างเพียงพอ¹² ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่และบริบทใกล้เคียงกัน พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.10¹³ แตกต่างกับผู้สูงอายุในต่างประเทศโดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ เศรษฐกิจและสังคมสูงที่ช่วยส่งเสริมประชากรกลุ่มดังกล่าวมีสถานะทางสุขภาพดีถึงดีเยี่ยมมากกว่า ร้อยละ 80.00^{14,15}

วิถีชีวิตด้านการปฏิบัติการทางโภชนาการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย เนื่องจากผู้สูงอายุในช่วงปลายจะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเป็นผลให้กระบวนการเผาผลาญพลังงานลดประสิทธิภาพลง¹⁶ การบริโภคอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายเกิดความสมดุลช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค ลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยในบั้นปลายของชีวิต¹⁷ นอกจากนี้การมีโภชนาการที่เหมาะสมยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพะที่ดีและการมีอายุยืนในวัยผู้สูงอายุ¹⁸

วิถีชีวิตด้านแบบแผนการนอนหลับพบว่า แบบแผนการนอนหลับที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การนอนหลับที่เหมาะสมจะส่งประสิทธิภาพการเผาผลาญพลังงานของร่างกายดีขึ้นโดยผู้สูงอายุที่มีแบบแผนการนอนหลับที่ดีจะมีปริมาณไขมัน HDL ในระดับสูงในขณะที่ระดับไตรกลีเซอไรด์จะต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการนอนหลับ¹⁹ เนื่องจากในขณะที่นอนหลับร่างกายจะมีการเผาผลาญพลังงานได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับไขมันส่วนเกินที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลและยังพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีสุขภาพดีรวมถึงการอายุขัยที่ยืนยาว ในขณะที่การนอนไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและการเริ่มมีสุขภาพโดยรวมแย่ลง²⁰

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพจะช่วยป้องกันและลดปัญหาสุขภาพรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมลงได้ นอกจากนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพยังส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุข มีอัตราความยืนยาวของชีวิตเพิ่มขึ้น²¹

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากระดับรายได้จะส่งผลต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการปัจจัยในการดำเนินชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมถึงความสามารถในการแสวงหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี ของผู้สูงอายุ ความแตกต่างของรายได้อาจทำให้การเข้าถึงความคุ้มครองและสวัสดิการสังคมย่อมมีความแตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลโดยตรงต่อระดับสถานะสุขภาพ ในทางกลับกัน การลดลงของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่งผลให้ระดับสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลงไปด้วย²²

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ประโยชน์

1. บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพะไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวควบคู่กับการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน
2. การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ควรคำนึงถึงกับวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ การใช้พลังและกลไกทางสังคมเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวรวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยว เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและทุนทางสังคมรวมถึงการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation [UN]. The world population situation in 2014: A concise report. New York: UN; 2014.
2. Prachuntasn K, Laohasiriwong W, Luenam A. Social capital associated with quality of life among late adults and elderly population in the Northeast of Thailand. F1000Research. 2018.
3. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand FACT SHEET-Family Planning and Population. Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine. 1999; 2(6).

4. Hetzel B, McMichael T. The LS factor: Lifestyle and Health. Ringwood. Victoria: Penguin; 1987.
5. Helmrigh, Susan P., et al. "Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus." New England journal of medicine 1991; 325(3): 147-152.
6. De Groot, L. C., Verheijden, M. W., De Henauw, S., Schroll, M., & Van Staveren, W. A. Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study. The Journals of Gerontology series A: Biological sciences and Medical sciences 2004; 59(12): 1277-1284.
7. Penchansky R and Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care. 1981 Feb 1:127-40.
8. คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. รายงานจำนวนประชากรจังหวัดเลย ปี 2561.เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย; 2561.
9. Hsieh YF, Bloch AD, Larsen DM.A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Stat Med. 1998;17(14):1623-34.
10. Best, John W. Research is Evaluation.(3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977
11. Jin, K. Modern Biological Theories of Aging. Aging and Disease. 2010; 1(2):72-74.
12. Cornelius, E. A. Rapid viral induction of murine lymphomas in the graft-versus-host reaction. Journal of Experimental Medicine. 1972; 136(6): 1533-1544.
13. ณัฐธิดา เพชรประไพ. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2558; 33(1): 21-30.
14. Blackwell DL, Lucas JW, Clarke TC.(2016) Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2015. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat Series 10.2016;260: 1-161.
15. Paez, A., Mercado, R. G., Farber, S., Morency, C., & Roorda, M. Accessibility to health care facilities in Montreal Island: an application of relative accessibility indicators from the perspective of

- senior and non-senior residents. International journal of health geographics. 2010; 9(1): 52.
16. Evans, W. J., & Cyr-Campbell, D. Nutrition, exercise, and healthy aging. Journal of the American Dietetic Association. 1997; 97(6): 632-638.
17. Szic, K. S., Declerck, K., Vidaković, M., & Berghe, W. V. From inflammaging to healthy aging by dietary lifestyle choices: is epigenetics the key to personalized nutrition?. Clinical epigenetics. 2015; 7(1): 33.
18. Willcox, D. C., Scapagnini, G., & Willcox, B. J. Healthy aging diets other than the Mediterranean: a focus on the Okinawan diet. Mechanisms of ageing and development. 2014; 136: 148-162.
19. Mazzotti, D. R., Guindalini, C., Moraes, W. A. D. S., Andersen, M. L., Cendoroglo, M. S., Ramos, L. R., & Tufik, S. Human longevity is associated with regular sleep patterns, maintenance of slow wave sleep, and favorable lipid profile. Frontiers in aging neuroscience. 2014; 6: 134.
20. Ohida, T., Kamal, A. M. M., Uchiyama, M., Kim, K., Takemura, S., Sone, T., & Ishii, T. The influence of lifestyle and health status factors on sleep loss among the Japanese general population. Sleep. 2001; 24(3): 333-338.
21. Martin, B. I., Deyo, R. A., Mirza, S. K., Turner, J. A., Comstock, B. A., Hollingworth, W., & Sullivan, S. D. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. Jama. 2008; 299(6): 656-664.
22. Datta, D., Datta, P. P., & Majumdar, K. (2015). Association of quality of life of urban elderly with socio-demographic factors. International Journal of Medicine and Public Health. 2015; 5(4).