

# ภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคน: ข้อเสนอเพื่อการเตรียมเข้าสู่วัยทอง

รศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล\*

บทความนี้ได้วิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคนได้ภาพที่ชัดเจนดีมากในแง่ Gender-difference และการสะท้อนปัญหาสุขภาพสตรีวัยทองที่ตกต่ำกว่าชายถึงสองเท่า น่าจะเป็นสัญญาณปลุกให้วงการที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาผู้สูงอายุ สภาสตรีแห่งชาติ คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสตรี กรมการแพทย์ กรมประชาสงเคราะห์ ฯลฯ ได้ตื่นตัวและร่วมมือประสานแบบสหวิชาการและสหภาคอย่างจริงจังกับสตรีที่ถูกลิดรอนสิทธิ การเลือกปฏิบัติ และด้วยโอกาสที่ชายตลอดมา แนวคิดแนวเก่าของ Illness Model ที่รอนจนป่วย น่าจะปรับเปลี่ยนเป็น Wellness Model ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมามากขึ้นแบบ Holistic Care ร่วมกับ Home Based และ Community Based-Care ให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเน้น Economic Security และ Psychological Well-being ด้วย และเสริมด้วยสวัสดิการสงเคราะห์ และการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชนเมื่อมีปัญหา Impairment, Disability และ Handicap ตามมา เพราะประชากรและปัญหาผู้สูงอายุนับวันจะเพิ่มมากขึ้น--บรรณาธิการวิชาการ

## ความนำ

ไม่ว่าจะเอาทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการซึ่งเน้นบทบาททางสังคมเป็นตัวตั้ง หรือเอาอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของสตรีไทยคือประมาณ 72 ปี เป็นตัวตั้ง สตรีที่อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปีต่างถูกจัดในฐานะคนวัยกลางคนทั้งสิ้น และเมื่อพิจารณาสถานภาพของสตรีวัยนี้ก็พบว่าในครอบครัวบุคคลเหล่านี้คือกำลังสำคัญทางด้านเศรษฐกิจ อาจจะในฐานะผู้หารายได้ ผู้กำกับดูแลการใช้จ่าย หรือผู้ดำเนินกิจการอาชีพของครอบครัว นอกจากนั้นยังมีบทบาทเป็นยาย ป้า น้า อา ที่ดูแลถ่ายทอดประสบการณ์ไปยังลูก หลาน หรือเป็นลูกสาวที่ต้องดูแลบุพการีผู้สูงวัย ส่วนในสังคมนอกบ้าน กลุ่มสตรีวัยนี้ก็กำลังทางสังคมที่สำคัญเช่นกัน โดยบ้างก็อยู่ในบทบาทของผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานต่างๆ เป็นหัวหน้าหน่วยงานระดับกลาง เป็นพนักงานที่มีประสบ-

การณ์การทำงาน เป็นช่างฝีมือที่มีทักษะประสบการณ์มานาน หรือเป็นเจ้าของกิจการต่างๆ เป็นต้น สตรีวัยกลางคนจึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าสตรีวัยอื่นๆ

เนื่องจากสตรีวัยกลางคนมีบทบาทที่จะต้องรับภาระสำคัญทั้งในครอบครัว และในสังคม ภาวะสุขภาพของสตรีวัยนี้จึงมีความสำคัญมากต่อการดำรงบทบาท และสร้างสรรค์สังคม แต่จากรายงานการวิจัย หรือสถิติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัย พบว่าสตรีกลุ่มนี้ถูกละเลยมากที่สุด รายงานวิจัยทางสุขภาพอนามัยที่มุ่งเรื่องของสตรีวัยกลางคนก็มักเกี่ยวข้องกับเฉพาะการหมดประจำเดือน หรือภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคน ส่วนข้อมูลสุขภาพอนามัยอื่นๆ ไปนั้น รายงานวิจัยส่วนใหญ่มักจะให้ความสำคัญต่อกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ และกลุ่มสตรีวัยสูงอายุหรือ “วัยทอง” มากกว่า เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ดูจะมี “ปัญหา” ด้านสุขภาพอนามัยมากที่สุด อย่างไรก็ตาม นอกจากสภาวะสุขภาพอนามัย

\* ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคน: ข้อเสนอเพื่อการเตรียมเข้าสู่วัยทอง

ของสตรีวัยกลางคนจะสำคัญในแง่ของการดำรงอยู่ในปัจจุบันของสตรีกลุ่มนี้เองแล้ว สถานะสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในปัจจุบันจะเป็นเครื่องบ่งชี้ หรือทำนาย สถานการณ์สุขภาพอนามัยของสตรีสูงอายุในอนาคตได้เป็นอย่างดีอีกด้วย เพราะสตรีกลุ่มนี้คือผู้ที่จะเป็นกลุ่มสตรีวัยชราซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศในอนาคต

เป็นที่น่ายินดีว่าในการสำรวจข้อมูลด้านประชากรและสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ. 2538 ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป ทำให้ได้ภาพภาวะสุขภาพอนามัยของกลุ่มวัยกลางคนในระดับหนึ่ง แต่เพื่อให้ได้ภาพสถานะทางสุขภาพอนามัยของสตรีวัยกลางคนให้ชัดเจนขึ้น บทความนี้จึงนำข้อมูลจากการสำรวจดังกล่าวมาวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยหวังว่าการวิเคราะห์ที่ให้ภาพเฉพาะชัดเจนขึ้นจะนำไปสู่การประเมินความต้องการสนับสนุน และการเตรียมเข้าสู่วัยทองได้เป็นอย่างดี

**ข้อมูลทั่วไปของสตรีกลุ่มอายุ 50-59 ปี**

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างอายุ 50-59 ปี จำนวน

ทั้งสิ้น 3,229 คน ในทุกภาคของประเทศ ดังนี้

- ภาคกลาง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นนทบุรี สระบุรี ชัยนาท ระยอง ปราจีนบุรี กาญจนบุรี และสมุทรสงคราม
- ภาคอีสาน จังหวัดชัยภูมิ สุรินทร์ ขอนแก่น อุดรธานี อุบลราชธานี และกาฬสินธุ์
- ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์ ตาก อุดรดิตถ์ เพชรบูรณ์ เชียงใหม่ และพะเยา
- ภาคใต้ จังหวัดชุมพร ภูเก็ต พัทลุง และยะลา
- กรุงเทพมหานคร

ได้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง จำนวน 1,536 คน และเพศชาย 1,693 คน อาศัยอยู่ทั้งในเขตเมืองและชนบท ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และ 2 และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากตารางที่ 3 จะพบว่าในจำนวนสตรี 1,536 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม หรือที่เกี่ยวข้องกับเกษตรกรรม รองลงมาคือค้าขาย และเป็นช่าง ส่วนที่ทำงานในระดับวิชาชีพที่ต้องมีการศึกษาสูง มีเพียงประมาณร้อยละ 2 สตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงมีการศึกษาระดับประถมศึกษา

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และภาคที่อาศัย

อายุ (ปี)	50-51		52-53		54-55		56-57		58-59		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>ชาย</b>												
ภาคกลาง	65	26.0	101	27.4	95	30.0	83	27.6	86	28.8	430	28.0
ภาคอีสาน	65	26.0	99	26.8	82	25.9	81	26.9	72	24.1	399	26.0
ภาคเหนือ	45	18.1	78	21.1	74	23.3	62	20.6	70	23.4	329	21.4
ภาคใต้	49	19.6	55	14.9	44	13.9	53	17.6	42	14.0	243	15.8
กทม.	26	10.4	36	9.8	22	6.9	22	7.3	29	9.7	135	8.8
รวม	250	100.0	369	100.0	317	100.0	301	100.00	299	100.0	1,536	100.0
<b>หญิง</b>												
ภาคกลาง	66	26.1	106	31.3	99	25.9	104	28.4	100	28.3	475	28.1
ภาคอีสาน	60	23.7	83	24.5	102	26.7	89	24.3	92	26.1	426	25.2
ภาคเหนือ	59	23.3	62	18.3	81	21.2	76	20.8	75	21.2	353	20.9
ภาคใต้	36	14.2	46	13.6	51	13.4	49	13.4	44	12.5	226	13.3
กทม.	32	12.6	42	12.4	49	12.8	48	13.1	42	11.9	213	12.6
รวม	253	100.0	339	100.0	382	100.0	366	100.0	353	100.0	1,693	100.0

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตที่อยู่

ที่อยู่	กลุ่มอายุ (ปี)		50-51		52-53		54-55		56-57		58-59		รวม	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ชาย</b>														
เขตเมือง	59	23.6	97	26.3	59	18.6	81	26.9	78	26.1	374	24.3		
เขตชนบท	191	76.4	272	73.7	258	81.4	220	73.1	221	73.9	1,162	75.7		
รวม	250	100.0	369	100.0	317	100.0	301	100.0	299	100.0	1,536	100.0		
<b>หญิง</b>														
เขตเมือง	71	28.1	91	26.8	93	24.3	115	31.4	102	28.9	472	27.9		
เขตชนบท	182	71.9	248	73.2	289	75.7	251	68.6	251	71.1	1,221	72.1		
รวม	253	100.0	339	100.0	382	100.0	366	100.0	353	100.0	1,693	100.0		

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

**ตารางที่ 3** ร้อยละของอาชีพสตรีอายุ 50 - 59 ปี จำแนกตามลำดับของอาชีพที่ประกอบมากที่สุด 11 ลำดับแรก

อาชีพ	N	%
ทำนา	473	27.9
เจ้าของกิจการค้าขาย ปลีก/ส่ง	387	22.9
ทำสวน	174	10.3
ทำไร่	152	8.9
รับจ้างทั่วไปทางการเกษตร	105	6.2
ช่างตัดเสื้อ ทำเสื้อ	30	1.8
เลี้ยงสัตว์	28	1.7
ช่างทอผ้า บั่นฝ้าย	26	1.5
ช่างทำอิฐ ช่างก่อสร้าง	23	1.4
คนครัว คนรับใช้	22	1.3
ครู อาจารย์	20	1.2
อื่นๆ	209	12.3
ไม่ระบุอาชีพ	44	2.6
รวม	1,693	100.0

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

### สถานะทางสุขภาพอนามัยของสตรีวัยกลางคน ต่ำกว่าบุรุษในวัยเดียวกัน

เมื่อพิจารณาข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้สถานภาพทางสุขภาพอนามัยของตนเอง ในตารางที่ 4 พบว่าร้อยละของสตรีที่ตอบว่าตนเองสุขภาพต่ำกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน มีมากกว่าบุรุษ อย่างไรก็ตามทั้งบุรุษ และสตรี ยิ่งกลุ่มอายุมากขึ้นมีร้อยละของที่ตอบว่าตนเองสุขภาพต่ำกว่าคนอื่นเพิ่มมากขึ้นเท่าใดก็จะรับรู้สุขภาพของตนเองเลวลงเรื่อยๆ แต่น่าสังเกตว่าชายที่อายุใกล้ 60 ปี มีถึงร้อยละ 50 ที่ตอบว่ายิ่งอายุมากขึ้นยิ่งเห็นว่าตนเองสุขภาพดีกว่าคนอื่นๆ

ขณะที่หญิงในกลุ่มอายุสูงขึ้นจะเห็นว่าสุขภาพตนเองพอกๆกับคนอื่น และต่ำกว่าคนอื่นเพิ่มขึ้น ตามกลุ่มอายุ

เมื่อพิจารณาตารางที่ 5 และที่ 6 เพื่อให้ได้ภาพของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างก็พบว่า สตรีวัยกลางคนมีอาการไม่สุขสบายจากการปวดเมื่อยหลัง-เขวมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุในจำนวนร้อยละที่ใกล้เคียงกัน ส่วนอันดับรองลงมาคือไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนร้อยละเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ ส่วนความไม่สบายจากโรคกระเพาะอาหารมีจำนวนร้อยละใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ 50-55 และน้อยลงในกลุ่มอายุสูงขึ้น ส่วนบุรุษวัยกลางคน แม้จะไม่สบายจาก

ภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคน: ข้อเสนอเพื่อการเตรียมเข้าสู่วัยทอง

การปวดเมื่อยหลัง-เอวมากที่สุดในกลุ่มอายุนี้เช่นเดียวกับสตรี แต่ร้อยละของผู้ไม่สุขสบายจากการปวดเมื่อยหลัง-เอวจะเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ เช่นเดียวกับการไม่สุขสบายจากการเป็นโรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง ไช้อ็อกเสบ

โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ที่มีจำนวนร้อยละเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และเมื่อมองในภาพรวมก็จะเห็นว่า ร้อยละของกลุ่มสตรีจะรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยมากกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้สถานภาพทางสุขภาพอนามัยตนเองของชายและหญิง จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	50-51		52-53		54-55		56-57		58-59		รวม	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ชาย</b>												
สุขภาพดีกว่า	106	42.4	153	41.5	137	43.2	127	42.2	152	50.8	675	43.9
สุขภาพพอๆ กัน	107	42.8	146	39.6	117	36.9	112	37.2	93	31.1	575	37.4
สุขภาพต่ำกว่า	37	14.8	70	19.0	63	19.9	61	20.3	54	18.1	285	18.6
ไม่ตอบ	0	.0	0	.0	0	.0	1	.3	0	.0	1	.1
รวม	250	100.0	369	100.0	317	100.0	301	100.0	299	100.0	1,536	100.0
<b>หญิง</b>												
สุขภาพดีกว่า	101	39.9	111	32.7	130	34.0	135	36.9	124	35.1	601	35.5
สุขภาพพอๆ กัน	79	31.2	132	38.9	128	33.5	122	33.3	126	35.7	587	34.7
สุขภาพต่ำกว่า	70	27.7	95	28.0	124	32.5	109	29.8	103	29.2	501	29.6
ไม่ตอบ	3	1.2	1	.3	0	.0	0	.0	0	.0	1	.2
รวม	253	100.0	339	100.0	382	100.0	366	100.0	353	100.0	1,693	100.0

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

ตารางที่ 5 ร้อยละของการเจ็บป่วยของสตรีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	50-51		52-53		54-55		56-57		58-59	
	N=253	%	N=339	%	N=382	%	N=366	%	N=353	%
ปวดเมื่อยหลัง-เอว	51	20.21	69	20.4	83	21.7	86	23.5	55	15.6
โรคกระเพาะอาหาร	39	15.4	50	14.7	61	16.0	46	12.6	45	12.7
ไช้อ็อกเสบ	37	14.6	50	14.7	70	18.3	69	18.9	50	14.2
ความดันโลหิตสูง	31	12.3	67	19.8	65	17.0	71	19.4	51	14.4
โรคหัวใจ	18	7.1	31	9.1	35	9.2	28	7.7	34	9.6
เบาหวาน	12	4.7	19	5.6	29	7.6	27	7.4	32	9.1
โรคทางเดินปัสสาวะ	9	3.6	8	2.4	15	3.9	8	2.2	7	2.0
ต้อเนื้อ	6	2.4	17	5.0	17	4.5	17	4.6	14	4.0
หอบหืด	6	2.4	4	1.2	13	3.4	9	2.5	5	1.4
ต้อกระจก	3	1.2	9	2.7	8	2.1	15	4.1	14	4.0
โรคหู	1	0.4	3	0.9	2	0.5	4	1.1	1	0.3
วัณโรคปอด	1	0.4	1	0.3	1	0.3	2	0.5	1	0.3
โรคตับ	2	0.8	1	0.3	2	0.5	1	0.3	2	0.6
มะเร็ง	2	0.8	0	0.0	2	0.5	0	0.0	1	0.3
อัมพาต	0	0.0	3	0.9	6	1.6	4	1.1	2	0.6
กระดูกหัก	0	0.0	2	0.6	2	0.5	0	0.0	1	0.3

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

ตารางที่ 6 ร้อยละของการเจ็บป่วยของชายอายุระหว่าง 50-59 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ

การเจ็บป่วย	กลุ่มอายุ (ปี)		50-51		52-53		54-55		56-57		58-59	
	N=250	%	N=369	%	N=317	%	N=301	%	N=229	%		
ปวดเมื่อยหลัง-เอว	23	9.2	50	13.6	44	13.9	34	11.3	41	13.7		
โรคกระเพาะอาหาร	19	7.6	44	11.9	38	12.0	35	11.6	37	12.4		
ความดันโลหิตสูง	18	7.2	38	10.3	28	8.8	31	10.3	24	8.0		
ไขข้ออักเสบ	17	6.8	22	6.0	26	8.2	19	6.3	28	9.4		
เบาหวาน	6	2.4	30	3.0	6	1.9	9	3.0	8	2.7		
โรคหัวใจ	5	2.0	10	2.7	10	3.2	13	4.3	7	2.3		
คอเนื้อ	6	2.4	7	1.9	5	1.6	5	1.7	4	1.3		
โรคทางเดินปัสสาวะ	4	1.6	11	3.0	5	1.6	7	2.3	7	2.3		
หอบหืด	4	1.6	7	1.9	5	1.6	11	3.7	7	2.3		
โรคหู	3	1.2	6	1.6	2	0.6	3	1.0	3	1.0		
อัมพาต	2	0.8	3	0.8	2	0.6	3	1.0	4	1.3		
มะเร็ง	1	0.4	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0		
โรคตับ	1	0.4	3	0.8	2	0.6	1	0.3	1	0.3		
ต่อมไทรอยด์	0	0.0	10	2.7	5	1.6	13	4.3	6	2.0		
วัณโรคปอด	0	0.0	5	1.4	3	0.9	1	0.3	3	1.0		
กระดูกหัก	0	0.0	2	0.5	5	1.6	0	0.0	2	0.7		

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

ตารางที่ 7 ร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงบางประการต่อปัญหาสุขภาพ จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมเสี่ยง	เพศ		หญิง		ชาย	
	N = 1,693	%	N = 1,536	%		
สูบบุหรี่	211	12.5	935	60.9		
บริโภคหมาก	508	30.0	90	5.9		
ดื่มสุรา	337	19.9	870	56.6		

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยง 3 ประการที่ส่งผลทั้งสถานะทางสุขภาพอนามัยและมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้ ดังปรากฏในตารางที่ 7 พบว่า ร้อยละของบุรุษที่สูบบุหรี่ และดื่มสุรา สูงกว่าสตรีมาก ขณะเดียวกัน ร้อยละของสตรีที่บริโภคหมากก็สูงกว่าบุรุษมากเช่นกัน ด้วยพฤติกรรมเสี่ยงที่ต่างกันเช่นนี้ เมื่อบุรุษและสตรีวัยกลางคนมีอายุล่วงเข้าสู่วัยทองจึงน่าจะมีปัญหาสุขภาพอนามัยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และบริโภคหมากเป็นประจำ ในจำนวนและลักษณะที่ต่างกัน

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยดังปรากฏในตารางที่ 8 นั้น พบว่าทั้งสตรีและบุรุษมีพฤติกรรมคล้ายกัน

กล่าวคือ ซื่อยากินเองมากที่สุด รองลงมาคือ ไปสถานอนามัย ไปคลินิกเอกชน ไปโรงพยาบาลของรัฐ และไปโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนั้นร้อยละของการไม่ทำอะไรเลยเมื่อเจ็บป่วยก็ใกล้เคียงกัน ด้วยข้อมูลเช่นนี้กล่าวได้ว่าผู้ที่ช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีจำนวนมากที่สุด การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพอนามัยจะเกิดขึ้นเมื่อการเจ็บป่วยนั้นรุนแรง ดังนั้น การหาวิธีการช่วยให้บุคคลช่วยเหลือตนเองอย่างถูกต้อง และรู้ว่าควรจะไปใช้บริการจากใครที่ไหนได้อย่างไรในยามเจ็บป่วย จึงควรจะต้องดำเนินการอย่างเป็นทางการ

ตารางที่ 8 ร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จำแนกตามเพศ

พฤติกรรม	เพศ		หญิง		ชาย	
	N	%	N	%	N	%
ซื้อยากินเอง	848	50.1	831	54.1		
ไปสถานีอนามัย	345	20.4	344	22.4		
ไปคลินิกเอกชน	239	14.1	144	9.4		
ไปโรงพยาบาลรัฐ	152	9.0	109	7.1		
ไปโรงพยาบาลเอกชน	20	1.2	8	0.5		
ไปหาหมอที่บ้าน	3	.2	5	0.3		
ไปหาหมอพระ/หมอดู	1	0.1	2	0.1		
ไม่ทำอะไรเลย	84	5.0	90	5.9		
ไม่ตอบ	1	0.1	0	0		
ไม่เคยป่วย	0	0	3	0.2		
รวม	1,693	100.0	1,536	100.0		

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบสัดส่วนการเจ็บป่วยระหว่างเพศหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี

โรค	หญิง (%)	ชาย (%)	OR	95%CI
โรคหัวใจ	8.6	2.9	3.13	2.19-4.47
โรคเบาหวาน	7.0	2.6	2.83	1.94-4.14
โรคไขข้ออักเสบ	16.3	7.3	2.48	1.95-3.14
ต้อเนื้อ	4.2	1.8	2.45	1.53-3.93
ความดันโลหิตสูง	16.8	9.0	2.03	1.63-2.54
ปวดเมื่อยหลัง-เอว	20.3	12.5	1.79	1.47-2.17
โรคกระเพาะอาหาร	14.2	11.3	1.31	1.06-1.62
ต้อกระจก	2.9	2.2	1.32	0.83-2.10
โรคหู	0.6	1.1	0.58	0.26-1.32
โรคผิวหนังโรคปอด	0.4	0.8	0.45	*
หอบหืด	2.2	2.2	0.99	0.60-1.62
โรคตับ	0.5	0.5	0.91	0.34-2.66
กระดูกหัก	0.3	0.6	0.50	*
มะเร็ง	0.3	0.1	2.27	*
อัมพาต	0.9	0.9	0.97	0.44-2.14
โรคทางเดินปัสสาวะ	2.8	2.2	1.26	0.79-2.02

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

หมายเหตุ: OR = Odd Ratio, CI = Confident Interval, \* จำนวนผู้ป่วยน้อยมากไม่สามารถคำนวณค่า CI ที่เชื่อถือได้

### อัตราการเป็นโรคเรื้อรังของสตรีวัยกลางคนสูงกว่าบุรุษ

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการเจ็บป่วยระหว่างบุรุษกับสตรี พบว่า จำนวนของสตรีวัยกลางคนเป็นโรคเรื้อรังประเภทโรคหัวใจ เบาหวาน ไขข้ออักเสบ ต้อเนื้อ และความดันโลหิตสูง มากกว่าบุรุษประมาณ 2 เท่า โดย

เฉพาะเป็นโรคหัวใจมากกว่าถึง 3 เท่า ส่วนปวดเมื่อยหลัง-เอว และโรคกระเพาะอาหาร มีสัดส่วนของสตรีวัยกลางคนเป็นมากกว่าบุรุษประมาณ 1 เท่าเศษ ดังปรากฏในตารางที่ 9 เช่นเดียวกับเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของอันตรายจากปัญหาการทกล้ม และตกบันได จากตารางที่ 10 พบว่า สตรีวัยกลางคนบาดเจ็บจากสาเหตุนี้ประมาณ 2 เท่า อย่างไรก็ตามสัดส่วนของการบาดเจ็บจากการถูกรถชน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับอันตรายจากปัญหาบางประการของกลุ่มตัวอย่างหญิงและชาย อายุระหว่าง 50-59 ปี

ปัญหาบางประการ	หญิง (%)	ชาย (%)	OR	95%CI
หกล้ม	17.9	10.8	1.8	1.46-2.22
ตกบันได	3.3	1.4	2.32	1.37-3.94
ถูกรถชน	2.3	4.0	0.56	0.36-0.86
ถูกทำร้าย	0.1	0.4	0.91	*
รับประทานยาผิด	0.9	0.6	1.52	0.63-3.77
ถูกข้อมือคัมบาด	16.4	15.3	1.09	0.90-1.32

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

หมายเหตุ: OR = Odd Ratio, CI = Confident Interval, \* จำนวนผู้ป่วยน้อยมากไม่สามารถคำนวณค่า CI ที่เชื่อถือได้

ของบุรุษมีมากกว่าสตรี แต่ไม่สูงนักคือไม่ถึง 1 เท่า

สัดส่วนของการเจ็บป่วยสอดคล้องกับตัวเลขที่ได้จากการเปรียบเทียบสัดส่วนของการใช้ยาเป็นประจำ ซึ่งพบว่า สัดส่วนของสตรีวัยกลางคนที่ใช้ยาเป็นประจำสูงกว่าบุรุษวัยเดียวกันเกือบสองเท่า (OR = 1.59, 95% CI = 1.30 - 1.95) และเมื่อนำตัวเลขเกี่ยวกับการร่วมเพศ และการมีความต้องการทางเพศ มาพิจารณาาร่วมด้วย พบว่า สัดส่วนของบุรุษที่มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาสูงกว่าสตรีเกือบสองเท่า (OR = 1.76, 95% CI = 1.49 - 2.07) และสัดส่วนของความต้องการทางเพศของบุรุษสูงกว่าสตรีถึงประมาณ 7 เท่า (OR = 7.67, 95% CI = 5.31 - 11.11) ซึ่งก็มีเหตุผลสอดคล้องกันในแง่มุมมองที่ว่า การเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีความต้องการทางเพศลดน้อยลง ดังนั้นเมื่อสตรีวัยกลางคนมีสัดส่วนของการเจ็บป่วยสูงกว่าบุรุษ ก็ย่อมจะมีความต้องการทางเพศ และเพศสัมพันธ์น้อยกว่าบุรุษในวัยเดียวกัน อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยเป็นเพียงตัวแปรหนึ่งเท่านั้น ยังมีตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัเพศสัมพันธ์อีก ซึ่งในบทความนี้ไม่ได้ครอบคลุมไปถึง

จากการเปรียบเทียบความเจ็บป่วยระหว่างสตรีและบุรุษวัยกลางคน ได้ภาพชัดเจนว่าทั้งสองเพศเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน และส่วนใหญ่คือโรคเรื้อรัง แต่ในสัดส่วนที่ต่างกัน กล่าวคือ มีจำนวนของสตรีเจ็บป่วยมากกว่าบุรุษในสัดส่วนที่สูงกว่ามาก จึงเป็นการยืนยันเพิ่มเติมได้ว่า ภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคนเป็นเรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม บริการสุขภาพใดๆ สำหรับบุคคลวัยนี้ควรต้องคำนึงถึงความแตก

ต่างทางเพศ (gender difference) ด้วย

### ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองกับเขตชนบท

จากการเปรียบเทียบการเจ็บป่วยของสตรีวัยกลางคนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (พื้นที่ในเขตเทศบาลและสุขาภิบาล) กับเขตชนบท (พื้นที่นอกเขตเทศบาล และสุขาภิบาล) ดังปรากฏในตารางที่ 11 พบว่า สตรีในเมืองมีสัดส่วนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขข้ออักเสบ สูงกว่าสตรีชนบทประมาณ 3 เท่า, เกือบ 2 เท่า และ 1.48 เท่าตามลำดับ แต่สตรีในชนบทเป็นโรคกระเพาะอาหารในสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีในเมือง ถึง 1.61 เท่า ส่วนการเป็นโรคหัวใจและโรคอื่นๆ นั้นสัดส่วนไม่ต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบการได้รับอันตรายดังปรากฏในตารางที่ 12 พบว่าสตรีในชนบทมีสัดส่วนของการได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มสูงกว่าสตรีในเมือง 1.77 เท่า ส่วนปัญหาอื่นๆ สัดส่วนไม่ต่างกัน

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับตัวเลขสัดส่วนของการใช้ยาเป็นประจำ ซึ่งปรากฏว่าสตรีวัยกลางคนในเขตเมืองใช้ยาเป็นประจำในสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีวัยกลางคนในชนบท ถึง 1.72 เท่า (CI = 1.26 - 2.35) และการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาของสตรีวัยกลางคนในเขตชนบทมีสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีวัยกลางคนในเขตเมืองถึง 1.52 เท่า (CI = 1.18 - 2.05) ส่วนความต้องการทางเพศของสตรีวัยกลางคน

**ตารางที่ 11** เปรียบเทียบสัดส่วนการเจ็บป่วยระหว่างสตรีอายุ 50 - 59 ปีที่อยู่ในเมืองกับในชนบท

การเจ็บป่วย	หญิงในเมือง (%)	หญิงในชนบท (%)	OR	95%CI
เบาหวาน	13.6	4.5	3.33	2.24-4.93
ความดันโลหิตสูง	23.9	14.1	1.92	1.46-2.53
โรคกระเพาะอาหาร	10.4	15.7	1.61	1.14-2.28
ไขข้ออักเสบ	20.3	14.7	1.48	1.11-1.96
โรคหัวใจ	10.2	8.0	1.30	0.89-1.89
ต่อกระฉก	3.2	2.8	1.15	0.59-2.20
ต่อเนื้อ	3.4	4.5	0.74	0.40-1.32
โรคหู	0.6	0.7	0.97	*
ปวดหลัง	20.3	20.3	1.00	0.76-1.32
วัณโรคปอด	0.2	0.4	0.52	*
หอบหืด	1.7	2.4	0.71	0.3-16.3
โรคตับ	0.4	0.5	0.86	*
กระดูกหัก	0.6	0.2	3.90	*
มะเร็ง	0.2	0.3	0.65	*
อัมพาต	1.1	0.8	1.3	0.38-4.14
โรคทางเดินปัสสาวะ	1.9	3.1	0.61	0.27-1.31

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

หมายเหตุ: OR = Odd Ratio, CI = Confident Interval, \* จำนวนผู้ป่วยน้อยมากไม่สามารถคำนวณค่า CI ที่เชื่อถือได้

**ตารางที่ 12** เปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับอันตรายจากปัญหาบางประการของกลุ่มตัวอย่างหญิงอายุ 50-59 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองกับเขตชนบท

ปัญหาบางประการ	หญิงในชนบท (%)	หญิงในเมือง (%)	OR	95% CI
หกล้ม	20.0	12.4	1.77	1.29-2.49
ตกบันได	3.3	3.2	1.03	0.50-1.96
ถูกรถชน	2.4	1.9	1.25	0.56-2.86
ถูกทำร้าย	0.3	0.4	0.77	0.12-6.05
รับประทานยาผิด	0.7	1.3	0.57	0.19-1.82
ถูกข่มขืน	16.6	15.8	1.06	0.79-1.44

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

หมายเหตุ: OR = Odd Ratio, CI = Confident Interval

ของทั้งสองเขตมีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน

เมื่อนำข้อมูลการเจ็บป่วยที่สตรีวัยกลางคนรายงานมากที่สุด 7 ลำดับแรกมาพิจารณาจำแนกตามภาค ดังปรากฏในตารางที่ 13 พบว่า สตรีวัยกลางคนในภาคกลางเป็นโรคหัวใจมากที่สุด สตรีภาคอีสานเป็นโรคกระเพาะอาหารมากที่สุด สตรีภาคเหนือปวดเมื่อยหลัง-เอว มากที่สุด และสตรีในกรุงเทพฯ เป็นโรคไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง และ

เบาหวานมากที่สุด ส่วนสตรีในภาคใต้ไม่มีจำนวนการเจ็บป่วยสูงสุด แต่มีจำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารมากเป็นที่สองเช่นเดียวกับสตรีภาคเหนือ

เป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนของความเจ็บป่วยและอันตรายที่ต่างกันนี้จะสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ต่างกันระหว่างคนในเขตเมืองกับเขตชนบท ดังจะเห็นได้ว่าการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขข้ออักเสบ



ตารางที่ 13 ร้อยละของความเจ็บป่วยที่สตรีอายุ 50 - 59 ปี รายงานมากที่สุด ใน 7 ลำดับแรก จำแนกตามที่อยู่ภาคต่างๆ

การเจ็บป่วย	ภาค กลาง %	อีสาน %	เหนือ %	ใต้ %	กรุงเทพฯ %
ปวดเมื่อยหลัง-เอว	20.4	18.5	23.2	17.7	21.6
โรคกระเพาะอาหาร	10.3	18.3	15.9	15.9	10.3
ไขข้ออักเสบ	17.1	13.8	19.5	11.1	19.7
ความดันโลหิตสูง	17.9	14.1	13.9	15.0	26.8
โรคหัวใจ	10.7	8.0	5.7	9.3	9.4
เบาหวาน	6.9	6.1	4.0	7.1	14.1
โรคทางเดินปัสสาวะ	2.7	4.7	2.3	1.8	0.9

ที่มา: ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, 2538

เกี่ยวข้องกับโภชนาการอาหาร และการใช้กำลังกาย ส่วนการเป็นโรคกระเพาะอาหารมักเกี่ยวข้องกับความเครียดและการใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด สัดส่วนนี้สะท้อนให้เห็นภาพว่า แม้ว่าสตรีในเขตเมืองกับเขตชนบทจะมีจำนวนของการเป็นโรคเรื้อรังมากเหมือนกัน แต่ด้วยสัดส่วนที่ต่างกันโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุพื้นฐานต่างกัน จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะศึกษาเพิ่มเติมในเชิงลึกถึงที่มาของความแตกต่างนี้ องค์ความรู้ที่ได้จะนำไปสู่การทำความเข้าใจสถานการณ์แท้จริงในแต่ละบริบทของสังคม และการจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

เป็นที่น่าสังเกตว่าสตรีวัยกลางคนจากทุกภาค รายงานการปวดเมื่อยหลัง-เอว ในลำดับสูงที่สุดเหมือนกัน อาการนี้จึงเป็นปัญหาร่วมที่น่าสนใจศึกษาเพิ่มเติมถึงตัวแปรที่เกี่ยวข้องทั้งในเชิงชีวภาพและวิถีชีวิต

### เข้าสู่วัยทองอย่างมีคุณภาพชีวิต

การมีอายุยืนยาวเป็นที่พึงปรารถนาของผู้คน และถ้าการมีอายุยืนยาวนั้นเป็นช่วงชีวิตที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากโรคภัยไข้เจ็บยังเป็นสุดยอดปรารถนา แต่ข้อมูลทั้งหมดได้ให้ภาพว่ามีสตรีที่กำลังจะเข้าสู่วัยทองจำนวนมากจะต้องเผชิญกับความไม่สุขสบาย หรือจำนวนไม่น้อยอาจต้องทนทุกข์ทรมานกับการเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยทอง ฉะนั้นแล้วการมีอายุยืนยาวจะเป็นที่พึงปรารถนาของผู้คนจริงหรือ

จากการวิเคราะห์ภาวะทางสุขภาพอนามัยของสตรีอายุ 50-59 ปี พบว่าการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหามากที่สุดคือโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้ทั้งสิ้น แต่เมื่อศึกษาถึงระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน พบว่า กิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร ทางเดินปัสสาวะ ไขข้ออักเสบ และโรคของกล้ามเนื้อและข้อ มีน้อยมาก และที่มีอยู่ก็ไม่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนบริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชนมักจะทุ่มเทพยายามให้การแก้ปัญหาโรคดังกล่าวในเชิงการรักษามากที่สุด ส่วนการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณน้อยมาก จึงกล่าวได้ว่าหากแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพยังไม่เปลี่ยนไปสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว สังคมไทยก็ยากที่จะมีสตรีสูงอายุที่สุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริง

เนื่องจากภาวะสุขภาพอนามัยของสตรีวัย 50 ปีขึ้นไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการกล่าวคือ ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต ประวัติการเจริญพันธุ์ งานที่ตอบสนองความต้องการของชีวิตในบ้าน ภาวะโภชนาการ การเผชิญกับเชื้อโรคและสารเคมีต่างๆ ตลอดจนบริการสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ นอกจากนั้นสตรีวัยนี้จำนวนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย เช่น การหมดประจำเดือน การเสื่อมถอยจากการสูงอายุ (PATH, 1997) ดังนั้นการที่สตรีจะเข้าสู่วัยทองอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะต้องทำให้ปัจจัยดังกล่าวส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพอนามัยตั้งแต่ยังอยู่

## ในวัยกลางคน

จากผลการวิเคราะห์การเจ็บป่วยที่รายงานโดยสตรีช่วงอายุ 50-59 ปี (ตารางที่ 5) ได้ภาพชัดว่ายิ่งอายุมากขึ้นทุกปี จำนวนของสตรีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ยิ่งมากขึ้นๆ ซึ่งเท่ากับได้ภาพว่ากระบวนการของงานสุขภาพอนามัยทุกวันนี้ไม่สามารถส่งเสริมปัจจัยชีวิตของสตรีให้เข้าสู่วัยกลางคนและวัยทองได้อย่างมีคุณภาพเท่าที่ควร

## ข้อเสนอเพื่อการเตรียมแก่

ควรเตรียมแก่ตั้งแต่เมื่อใด คำตอบคือ ตั้งแต่เป็นสาว ถ้าหากต้องการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี และกิจกรรมการเตรียมแก่ที่ดีที่สุด คือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง ที่สตรีวัยกลางคนในปัจจุบันเผชิญอยู่

จากการศึกษาสถานการณ์การพยากรณ์แบบแผนการเจ็บป่วย และความต้องการแพทย์ในอนาคต (จันทร์เพ็ญ, 2540) พบว่า ทรัพยากรด้านสุขภาพอนามัยที่จัดสรรให้ผู้มีอายุ 45 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือ เพิ่มจากร้อยละ 31.2 ในปีพ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 47.2 ในปีพ.ศ. 2563 ดังนั้นนโยบายและโครงการใดๆ ก็ตามทีลดความเจ็บป่วยของคนกลุ่มนี้จะสามารถช่วยประหยัดทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลได้มากที่สุด ข้อเสนอที่กล่าวนี้ได้ย้าให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญที่จะต้องทำให้เกิดโครงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังให้เกิดขึ้นในสังคมโดยเร็ว และมีความยั่งยืน มีประสิทธิภาพ

ด้วยแนวคิดเชิงป้องกัน กลุ่มคนเป้าหมายของการเตรียมแก่ก็ต้องเป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีทั่วไป กิจกรรมเน้นที่การปฏิบัติตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย การทำงาน การเผชิญความเครียด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การละเว้นสิ่งบันเทิง สุขภาพต่างๆ และการมีส่วนร่วมในสังคมโดยเฉพาะการจัดการบริการสุขภาพอนามัย โดยที่แนวคิดเชิงป้องกันแต่เดิมนั้น มีเป้าหมายหลักอยู่ที่การป้องกันการเกิดโรค และการตายก่อนวัยอันสมควร โดยเน้นไปที่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตามวัย แต่ในแนวคิดเชิงป้องกันเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในวัยทองนั้นจะต้องขยายครอบคลุมไปถึงการพัฒนาความสามารถที่จะดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระ พึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด พร้อมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในวิถีชีวิตปกติ และจะต้องเริ่มตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาว (Green and Gottlieb, 1989) หรือจะให้ดีที่สุดก็ควรครอบคลุมทุกวัย (Marshall, 1992)

มีรายงานวิจัยพบว่า การป่วยด้วยโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ขึ้นอยู่กับที่นานๆ การสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (Savanborg, 1988) และยังพบว่าการสูบบุหรี่ในสตรีเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่สาเหตุการตาย (Branch and Jette, 1984) จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจนำมาพิจารณาว่า สตรีไทยทุกวันนี้มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่ขึ้นอยู่กับที่นานๆ มากขึ้น อัตราการสูบบุหรี่ก็มากขึ้น อาหารที่รับประทานก็มีอาหารประเภทไขมันสูงมากขึ้น ควรจะทำอย่างไรให้สตรีตระหนักในอันตรายเหล่านี้ และมองเห็นว่าพฤติกรรมเหล่านี้จะนำไปสู่ความทุกข์ทรมานในวัยทอง

ในการศึกษาพฤติกรรมที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ มีรายงานวิจัยพบว่า ความรู้สุขภาพและความเชื่อ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Ory, 1991) ส่วนการศึกษาของ Teshuva และคณะ (1993) ให้ข้อเสนอแนะว่าการใดๆ ที่จะปรับปรุงสถานภาพทางสังคม และความเป็นอยู่ของผู้คนเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางสังคมที่ดี ความเป็นอยู่ที่ดี จะทำให้สังคมได้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีชีวิตที่มีคุณภาพ

จากตัวอย่างข้อค้นพบของรายงานวิจัยดังกล่าว นำมาสู่ข้อเสนอแนะสำหรับผู้เกี่ยวข้องในการเตรียมสตรีให้เป็นสตรีวัยทองที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีดังนี้

1. สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการเตรียมแก่อย่างมีคุณภาพให้กับสตรีตั้งแต่วัยสาว
2. การส่งเสริมให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเป็นโรคเรื้อรัง เป็นวิธีหนึ่งทีลดความทุกข์ทรมานในวัยทอง แต่ยังไม่ทำให้ได้ชีวิตวัยทองที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง ถ้าไม่สร้างวิถีชีวิตที่พึ่งตนเอง ไม่มีระบบบริการที่เอื้อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่ายด้วยตนเองเมื่อมีความ

จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น

3. การป้องกันการไร้ความสามารถทางด้านร่างกาย ด้วยการส่งเสริมการบำรุงดูแลดวงตา หู และเท้า ให้อยู่ในสภาพดีเสมอ การออกกำลังกาย และการฝึกการเคลื่อนไหว เช่น เดิน นั่ง ให้ดี ล้วนช่วยทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพที่ดีตั้งแต่วัยสาวจนถึงวัยทอง

4. ส่งเสริมกิจกรรมการลด ละ เลิก สูบบุหรี่ ในวัยรุ่นอย่างจริงจังและเข้มข้น

5. การเตรียมการเพื่อให้สตรีเป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีสถานภาพในสังคม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม จะทำให้สังคมได้สตรีวัยทองที่มีสุขภาพจิตดี ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า หรือมีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ

ข้อเสนอแนะดังกล่าวจะทำให้เกิดขึ้นในทางปฏิบัติในสังคมไทยได้อย่างไรนั้น ยังต้องการองค์ความรู้จากการปฏิบัติจริง และการวิจัยเพิ่มเติมอีกมาก

**เอกสารอ้างอิง**

1. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2540) การพยากรณ์แบบแผนการเจ็บป่วย และความต้องการแพทย์ในอนาคต. *สถานการณ์ ฉบับที่ 9*.

2. Branch, L. and Jette, A. (1984) Personal health practices and mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 17, 1126-1129.

3. Green, L. and Gottlieb, N. (1989) *Health promotion for the aging population: approach to extending life expectancy*. In: Andreopoulos, S.; Hogness, J., eds. *Health Care for are Aging Society*. Churchill Livingstone, New York.

4. Marshall VW. (1992) *Workshop on Health Promotion and Aging: Working Together for a State of Better Health*. May 25-26, NSW Department of Health Policy.

5. Ory, MG. (1991) *Aging, Health, and Behavior*. Sage Publication, Newbury Park.

6. PATH. (1997) Reproductive Health: Women in Their Middle Years and Beyond. *Out Look* 14(4), 1-8.

7. Savanborg, A. (1988) *Health and vitality*. Swedish Medical Research Council, Sweden.

8. Teshuva, K. et al. (1993) *Health Status of Older People: Literature Review*. Collins Dove Publishing, Melbourne.

