

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลของการศึกษา และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เรื่องสุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพจิตและสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเย็บบ้านของภาคเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเย็บบ้านจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 200 คน แบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเย็บบ้านจำนวน 100 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเย็บบ้านจำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ โดยประยุกต์มาจากโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาคเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ในระหว่างเดือน มีนาคม – เมษายน 2543 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ทดสอบสมมติฐานใช้สถิติไค - สแควร์ (Chi - square) และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (logistic regression)

#### ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

##### 1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นและไม่เป็นสมาชิกเย็บบ้าน มีเพศหญิงและชายจำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 63.0 และ 37.0 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี และ 69.2 ปี สถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.0 และ 54.0 จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่เฉลี่ย 9.0 คนและ 3.0 คน การศึกษาสูงสุดจบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 และ 42.0 ปัจจุบันมีสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันเฉลี่ย 3.5 คนและ 4.3 คน มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มากที่สุด (ร้อยละ 61.0 และ 59.0) รายได้หลักจะได้นี้มาจากคู่ครอง หรือบุตร

หลาน คิดเป็นร้อยละ 55.0 และ 49.0 ความเพียงพอของรายได้อยู่ในเกณฑ์พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 54.0 และ 64.0

2. สุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพทั่วไป และสภาวะสมองของผู้สูงอายุ

### 2.1 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านมีสุขภาพปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 78.0 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านมีสถานะสุขภาพที่ควรได้รับการดูแลสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 16.0 และ 14.0) ตามลำดับ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน และสถานะสุขภาพ ( $p > 0.05$ )

### 2.2 สภาวะสมองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านมีสภาวะสมองผิดปกติสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 5.0 และ 4.0 ตามลำดับ การเป็นและไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสมองของผู้สูงอายุ ( $p > 0.05$ )

## 3. สภาวะสุขภาพจิต

สภาวะสุขภาพจิตประเมินจากสภาวะความเศร้า พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านมีสภาวะความเศร้าสูงกว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.0 และ 19.0 ตามลำดับ และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.051$ )

## 4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคม

การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมหรือสมาคมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุทั้งผู้ป่วยที่เป็นและไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน จะไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรม หรือสมาคมผู้สูงอายุ (ที่ไม่ใช่สมาชิกเยี่ยมบ้าน ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) คิดเป็นร้อยละ 59.0 และ 63.0 ตามลำดับ โดยภาพรวมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 62.0 และ 55.0 (ตาราง 7) แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.389$ ) กิจกรรมทางด้านสังคมที่ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเข้าร่วมมากที่สุด ได้แก่ การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 91.0 และ 84.0) และการไปวัด (ร้อยละ 90.0 และ 82.0) กิจกรรมที่เข้าร่วมรองลงมา ได้แก่ การไปร่วมในงานศพ / งานแต่งงาน หรืองานวันเกิด (ร้อยละ 83.0 และ 79.0) การพูดคุยกับญาติพี่น้อง (ร้อยละ 74.0 และ 81.0) การมีส่วนร่วมตัดสินใจภายในครอบครัว (ร้อยละ 66.0 และ 60.0) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีส่วนร่วมน้อยกว่าร้อยละ 20.0 ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรม การไปสวนสาธารณะ การไป

ห้องสมุดหรือที่อ่านหนังสือ และการได้มีโอกาสช่วยเหลืองาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 56.0 และ 42.0 ตามลำดับ ไม่มีกิจกรรมที่ทำเป็นประจำหรือเป็นงานอดิเรก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสังคม

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 62.0 และ 55.0 ตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะความเศร้า

เพศชายมีสถานะความเศร้าสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 31.1 และ 22.2 ตามลำดับสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก มีสถานะความเศร้าสูงที่สุด (ร้อยละ 27.3) ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีสถานะความเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกันหลายคน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 24.9 สถานะสุขภาพผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลมีสถานะความเศร้าสูงที่สุด (ร้อยละ 36.7) และผู้สูงอายุที่มีสถานะสมองที่ผิดปกติมีสถานะความเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะสมองปกติ คิดเป็นร้อยละ 44.4 และ 24.6 ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมนั้นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมมีสถานะความเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมคิดเป็นร้อยละ 37.3 และ 17.1 นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านมีสถานะความเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.0 และ 19.0 เมื่อควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดสถานะความเศร้า พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน มีความสัมพันธ์กับการมีสถานะความเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า  $p = 0.005$  และ  $0.041$  ตามลำดับ

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ยังมีคู่ครองอยู่ร่วมกันพร้อมบุตรหลาน และรายได้หลักมาจากคู่ครอง หรือบุตรหลาน อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ไม่ได้อยู่ตามลำพัง หรือถูกทอดทิ้ง

ในด้านสุขภาพทางร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพปานกลาง (75.0 และ 78.0) ตามลำดับส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีพบเพียง ร้อยละ 11.0 และ 6.0 เท่านั้น ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญาบุหงศ์, สุรีย์ บุญญาบุหงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) และงานวิจัยของ จันทรพลอย สีนุชเศรษฐ์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษาเหล่านี้ใช้เครื่องมือแตกต่างกัน โดย การศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญาบุหงศ์, สุรีย์ บุญญาบุหงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ ใช้การประเมินตามสภาพที่เห็น

ส่วนงานวิจัยของ จันทร์พลอย สีนุชเศรษฐ์ ใช้แบบสัมภาษณ์ของสำนักนโยบายและแผน  
 สาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย

ส่วนสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนั้นพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน  
 มีสภาวะความเครียดต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 19.0 และ 32.0) ทั้งนี้อธิบาย  
 ได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเยี่ยมบ้านได้รับการบริการดูแลทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม หรือ  
 การบริการแบบองค์รวม ตลอดจนการให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ทำให้ตรวจ  
 พบสภาวะที่ผิดปกติได้เร็วกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้มารับบริการที่ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมกิจกรรมสังคมด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีการ  
 พบปะพูดคุยเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 91.0 และ 84.0 )มากกว่า ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 74.0 และ 81.0 ) อาจ  
 จะเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกับญาติพี่น้องจึงมีการพบปะพูดคุยกันน้อยกว่า  
 เพื่อนบ้านซึ่งอาศัยอยู่ใกล้เคียงกับผู้สูงอายุ เป็นที่น่าสังเกตว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเข้า  
 ร่วมมาก ได้แก่ ไปวัด (ร้อยละ 90.0 และ 82.0) และเข้าร่วมกิจกรรมงานศพ งานวันเกิด หรืองาน  
 แต่งงาน (ร้อยละ 83.0 และ 79.0) แสดงให้เห็นสภาพวิถีชีวิตของคนไทยทั่วไปที่ยังพบปะสังสรรค์  
 กันในงานบุญ และงานกิจกรรมของชุมชน ส่วนการไปสวนสาธารณะ เดินเล่น หรือไปห้องสมุด  
 นั้นเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีส่วนร่วมต่ำกว่า ร้อยละ 20.0 อาจเป็นเพราะกิจกรรม  
 เหล่านั้นไม่ใช่วิถีชีวิตที่จะพบในคนท้องถิ่นทั่วไป แต่เป็นวิถีชีวิตที่พบในกลุ่มคนที่อยู่ในเขตเมือง  
 ใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ ชนะกอก, ยูวรงค์ เขียวพานนท์ และ  
 วันทนีย์ ขวพงศ์ (2535) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ตนเอง ยอมรับความเปลี่ยนแปลงของ  
 สังคม และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวพร้อมทั้งมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ  
 มีการประกอบกิจกรรมศาสนา และการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2541)  
 ที่พบว่าผู้สูงอายุร่วมงานชุมชนบ่อยมาก หรือบ่อย (ร้อยละ 67.4) นอกจากนี้แล้วกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ  
 ทั้งสองกลุ่มมีส่วนร่วมภายในครอบครัวมาก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจภายในครอบครัว  
 (ร้อยละ 66.0 และ 60.0) ส่วนศักยภาพในการทำงานนั้นผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีกิจกรรมที่จะทำ  
 (ร้อยละ 56.0 และ 42.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2541)  
 พบว่างานที่ผู้สูงอายุมีส่วนทำมากที่สุด คือ การเฝ้าบ้าน หรือไม่ทำอะไรเลย (ร้อยละ 90.6) แต่การ  
 ศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และสุรีย์ บุญญานุพงศ์ (2534) กลับพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่  
 มีศักยภาพ หรือมีความสามารถในตนเองที่จะทำงานต่าง ๆ ได้ทั้งในลักษณะของการทำงานเพื่อหา  
 รายได้ และการทำงานให้กับสังคม ลักษณะงานที่ถนัดคืองานเกี่ยวกับการค้าขาย ซึ่งพบในผู้สูงอายุ  
 ที่ศึกษาเพียง ร้อยละ 17.0 และ 11.0 สำหรับเหตุผลที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทในสังคมน้อยทั้ง ๆ ที่

อาจจะมีศักยภาพ และความพร้อมที่จะทำงานนั้น เป็นผลเนื่องมาจากทำทีของ คนไทยในวัยเด็กกว่า (คนหนุ่มสาว วัยรุ่น เด็ก) ที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ไม่ยอมรับในศักยภาพที่มีอยู่แม้ว่าผู้สูงอายุเองจะมีความรู้สึกรู้ว่าสามารถที่จะร่วมทำงานกับคนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวได้ แต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะได้รับการยอมรับจากคนหนุ่มสาว

เมื่อศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับสถานะความเศร้าด้วยการวิเคราะห์สถิติถดถอย พหุคูณแบบหลายขั้นตอน พบว่าสถานะความเศร้าพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพอยู่ในระดับที่ควรได้รับการดูแล (ร้อยละ 36.7) และผู้สูงอายุที่มีสถานะสมองที่ผิดปกติ (ร้อยละ 44.4) แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพร่างกายมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ Creecy, Berg & Wright (1985) ที่พบว่า การเสื่อมสมรรถภาพทางร่างกายทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยเกิดความว้าเหว่ และแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของสุพรรณิ นันท์ชัย (2534) พบว่าความว้าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสังคมน้อยมีสถานะความเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสังคมมากกว่าร้อยละ 37.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 17.1 อธิบายได้ว่าเพราะการมีส่วนร่วมกิจกรรมด้านสังคมน้อย ทำให้ไม่มีการพบปะพูดคุย หรือทำงานร่วมกันในชุมชน เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และความว้าเหว่ตามมามีสถานะอารมณ์เศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Berkman & Syme, (1979) ซึ่งพบว่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีโอกาสที่จะปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องมีผลต่อด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า หรือทำให้คนเปลี่ยนแปลงกลไกในการต่อสู้ และอาจนำไปสู่อุบัติเหตุ หรือการฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) และการศึกษาของ จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล และจรรยา เลียงเสนาะ (2534) ซึ่งพบว่า การได้รับการยกย่องจากผู้อื่น การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี และการศึกษาของลำเนาวี เรืองยศ (2536) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวนประชากร ตัวอย่างจึงถูกจำกัดจำนวน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช หรือผู้ป่วยโรคทางกายควรได้รับการประเมินเรื่องอารมณ์เศร้าเพื่อสามารถให้การดูแล และแก้ไข ได้ทันทั่วถึง
2. ควรมีการส่งเสริมให้ดำรงไว้ซึ่งสภาพสังคมไทยในวัฒนธรรม และประเพณีที่ปฏิบัติสืบมา เช่น รูปแบบครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันของคนหลายวัย การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม ฯลฯ ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้ยืนยันว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน มองเห็นคุณค่าของตนเอง และมีสุขภาพจิตที่ดี
3. ครอบครัวผู้สูงอายุควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการทำงาน จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า อย่างไรก็ตามลักษณะงานที่จะทำให้ผู้สูงอายุทำนั้น ต้องเหมาะกับผู้สูงอายุแต่ละคน
4. ส่งเสริมองค์กรชุมชนให้มีการดูแลชุมชน โดยการจัดตั้งอาสาสมัครขึ้นในชุมชน พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนกำลังใจแก่อาสาสมัคร เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน
5. สถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุควรจะพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งกาย ใจ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ผู้ศึกษาใคร่ขอเสนอแนวทางในการทำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาประชากรผู้สูงอายุทั่วไปเปรียบเทียบกับเขตเมือง และเขตชนบท
2. ควรมีการศึกษาทางเชิงคุณภาพ
3. ควรใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้เห็นผลการศึกษาที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน