



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี

**THE STUDY OF THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN
THAILAND A CASE STUDY OF BANGKOK PATHUM THANI AND
NONTHABURI**

อริษฐ์ แสงทองสุข

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีปทุม

ปีการศึกษา 2562

หัวข้อวิจัย	: การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี
ผู้วิจัย	: นางสาวอรนิษฐ์ แสงทองสุข
หน่วยงาน	: สาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
ปีที่พิมพ์	: พ.ศ. 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี (2) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกสมาคม ผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.860 จำนวน 384 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที สถิติเอฟ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพร่างกายที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวม อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ

Research Title : The Study of the Quality of Life of the Elderly in Thailand:
A Case Study of Bangkok Pathum Thani and Nonthaburi

Name of Researcher : Miss Oranit Saengthongsuk

Name of Institution : Administration and Modern Management Faculty of Business
Administration
Sripatum University

Year of Publication : B.E.2563

ABSTRACT

The purpose of this research was (1) to study the quality of life of the elderly in Thailand. Bangkok, Pathum Thani and Nonthaburi (2) to determine guidelines for the development of the quality of life of the elderly Bangkok, Pathum Thani and Nonthaburi. The samples were Thai elderly aged 60 years and over who were members of the Elderly Association in Bangkok, Pathum Thani and Nonthaburi. Data were collected by questionnaires with a reliability of 0.84 in total, 384 copies. The statistical program used in the research was composed of frequency, percentage, mean, standard deviation, T statistic, F statistic and Multiple Regression Analysis. The research found that the quality of life of the elderly regarding the good living conditions as a whole at a medium level. Quality of life of the elderly In terms of good physical condition, the overall picture is in a high level. Quality of life of the elderly In terms of self - decision making, the overall picture was at a medium level. Quality of life of the elderly regarding social integration, the overall picture was at a medium level. Quality of life of the elderly the interpersonal relations as a whole were at a medium level. Quality of life of the elderly regarding the good emotional state, the overall picture is in the high level.

Keywords : quality of life of the elderly, elderly

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สอาด บรรณเจตฤทธิ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไขงานวิจัยนี้ และติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนางานวิจัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม ที่ได้มอบทุนสนับสนุนงานวิจัยปีงบประมาณ 2561 ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่าน ปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือวิจัยจนได้เครื่องมือที่มีคุณภาพ

ขอขอบคุณ อาจารย์และบุคลากร ของคณะบริหารธุรกิจ อย่างสูงที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนการทำงานอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณทุกท่านที่ยังไม่ได้เอ่ยนามที่ได้มีส่วนร่วมในงานวิจัยชิ้นนี้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ไปด้วยดี คุณความดีหรือประโยชน์อื่นใดอันเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณ บิคารมารดาและบูรพาจารย์ที่ให้การศึกษอบรมสั่งสอน ให้สติปัญญาและคุณธรรมอันเป็นเครื่องชี้นำความสำเร็จในชีวิตของผู้วิจัยต่อไป

อรนิษฐ์ แสงทองสุข

ผู้วิจัย

กันยายน 2562

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
	สมมติฐานของการวิจัย.....	6
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
	ขอบเขตของการวิจัย.....	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2	การทบทวนวรรณกรรม.....	11
	แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	11
	องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	18
	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	20
	การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	20
	ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	22
	เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
	สรุป.....	40
3	ระเบียบวิธีวิจัย.....	41
	การดำเนินการวิจัย.....	41
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
	การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย.....	44
	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
4 ผลการวิจัย.....	48
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	49
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยกรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี.....	51
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล.....	60
ตอนที่ 4 สรุปสมมติฐานการวิจัย.....	77
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณ.....	78
สรุปสมมติฐานการวิจัย.....	81
สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	81
อภิปรายผล.....	84
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	88
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	97
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	103

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป.....	8
3.1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป.....	44
4.1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	49
4.2	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ภาพรวมทุกด้าน	51
4.3	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านสภาพความเป็นอยู่ ที่ดี.....	52
4.4	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านสภาพร่างกายที่ดี...	54
4.5	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านการตัดสินใจด้วย ตนเอง.....	56
4.6	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านการรวมกลุ่มทาง สังคม.....	57
4.7	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล.....	58
4.8	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี...	59
4.9	การเปรียบเทียบระคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามเพศ.....	61
4.10	การเปรียบเทียบระคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามอายุ.....	62

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.11	ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ในเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามอายุ.....	63
4.12	ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ้ (Scheffe's Mothod) จำแนกตามอายุ.....	65
4.13	การเปรียบเทียบระคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพการสมรส.....	67
4.14	ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ในเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	68
4.15	ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ้ (Scheffe's Mothod) จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	70
4.16	การเปรียบเทียบระคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	71
4.17	ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ในเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา.....	72
4.18	การเปรียบเทียบระคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	73
4.19	ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ในเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	74
4.20	ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ้ (Scheffe's Mothod) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....	75
4.21	สรุปสมมติฐานการวิจัย.....	77
5.1	สรุปสมมติฐานการวิจัย.....	81

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
-----	----------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุกำลังเป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ และนำมาซึ่งความท้าทายในหลายมิติ ทั้งการลดลงของจำนวนแรงงานที่อาจส่งผลกระทบต่อขยายตัวทางเศรษฐกิจ การออกแบบระบบบำนาญและบำนาญ การสร้างความมั่นคงทางการเงินหลังวัยเกษียณ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ ล้วนแต่จำเป็นต้องมีมาตรการและการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้าน สำหรับบริบทสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ปัจจุบันกำลังเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยประเทศไทยมี สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะที่ประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน นอกจากนี้ ระดับรายได้ต่อหัวและระดับการศึกษาของไทยยังต่ำกว่าประเทศอื่นที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ผลจากการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยจึงอาจเกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรงกว่าในหลายประเทศ ทั้งนี้ รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเริ่มออกมาตรการรับมือในด้านต่าง ๆ อาทิ การลดภาษีนิติบุคคลให้แก่สถานประกอบการที่มีการจ้างงานผู้สูงอายุ การให้สินเชื่อที่อยู่อาศัยแก่ผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage) และการให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้บรรจุประเด็นความท้าทายของภาวะสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในร่างยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560 - 2579) อย่างไรก็ดี มาตรการเหล่านี้�าจยังไม่สามารถตอบโจทย์ ของประเทศไทยได้ทั้งหมด (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2561: 85)

ขณะที่จำนวนรวมของประชากรประเทศไทยค่อนข้างจะคงตัวนั้น ประชากรในกลุ่มที่เป็นส่วนยอดของพีระมิดหรือประชากรผู้สูงอายุมีขนาดใหญ่ขึ้น และที่สำคัญคือเติบโตอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรประเทศไทยทั้งหมด 64 ล้านคน แต่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยอัตราปีละประมาณร้อยละ 5 ทำให้เพิ่มจำนวนขึ้นอีกเท่าตัวเป็นประมาณ 15 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็น 16.6 ล้านคนในอีก 30 ปีข้างหน้า หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 27 ของประชากรทั้งหมด ถ้าแบ่งประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60 – 69 ปี (2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70 – 79 ปี และ (3) กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559: 32)

ทั้งนี้จากการศึกษาใน 5 ยุทธศาสตร์แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 – 2564 พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการนั้นไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ก็คือ ยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมคนก่อนวัยสูงอายุ และยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครอง โดยเฉพาะที่ช้าไม่ทันการคือ “การสร้างหลักประกันรายได้” เพราะมีถึง 2 ใน 3 ของแรงงานทั่วประเทศ ที่หลักประกันรายได้อันยังไม่เพียงพอ คือลูกจ้างเอกชนที่อยู่ในกองทุนประกันสังคมและแรงงานนอกระบบ ขณะที่มาตรการ การสร้างหลักประกันรายได้ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำก็ยังไม่มีความคืบหน้า (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561: 69)

ทั้งนี้รัฐบาลได้กำหนดวิธีการให้บริการผู้สูงอายุนอกเหนือจากประชาชนทั่วไปตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 – 2564 จะมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมการดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของประชากรเมื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ มีโครงการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และมีโครงการครอบครัวอบอุ่น โดยกรมอนามัย เน้นการปลูกฝังจิตสำนึกให้สังคม ให้มีครอบครัวที่อบอุ่นแข็งแรง โดยมีเกณฑ์ข้อหนึ่งในนั้นว่า สมาชิกของครอบครัวอยู่รวมกันทั้ง 3 วัย ในบ้านเดียวกัน หรือในบริเวณเดียวกัน

2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 ทางด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จะมีการส่งเสริมการจัดตั้ง และการดำเนินงานผู้สูงอายุและเครือข่าย กรมอนามัยจัดทำคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ชุมนิทรศการ 5 อ. และ CD ผู้สูงวัยออกกำลังกาย ด้วยภูมิปัญญา มีเว็บไซต์ที่จะบอกข้อมูลผู้สูงอายุ มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข สมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ที่ได้ร่วมส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกจังหวัด ทุกตำบล และมีกิจกรรมร่วมกัน และมีตัวชี้วัดของกรมอนามัยว่า ผู้สูงอายุต้องมีการออกกำลังกายร่วมกันอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง มีการประกาศเกียรติคุณดีเด่นแก่ชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกโรงพยาบาล คือ รพท. และ รพช. 818 แห่ง ในคลินิกจะมีการออกกฎกระทรวงที่จะทำ Green track หรือ Fast track เพื่อจัดบริการให้กับผู้สูงอายุใน รพ. และผู้สูงอายุก็จะได้รับการประเมินทั้งในด้านสุขภาพ ได้รับคำแนะนำ รักษา และฟื้นฟู มีอาสาสมัครช่วยบริการในโรงพยาบาล

3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ให้บริการผ่านโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งเสริมให้วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน และจัดสถานที่ให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำคนพิการ และผู้สูงอายุ มีสถานที่ให้ผู้สูงอายุ และชมรมออกกำลังกายเป็นที่ถ่ายทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม หรือส่งเสริมอาชีพให้ชาวบ้าน และจะมีการมอบโล่ให้กับวัดส่งเสริมสุขภาพทุกจังหวัดทุกปี

ในด้านบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเตรียมความพร้อม และมีการตรวจสุขภาพเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองเพื่อการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข ตามขั้นตอน และมีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบในเรื่องของผู้สูงอายุ เช่น กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รับผิดชอบทางด้านวิชาการบำบัดรักษาผู้สูงอายุ ด้านกรมอนามัย โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพดูแลในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพกาย กรมสุขภาพจิต ดูแลด้านของการส่งเสริมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สนับสนุนการวิจัยและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ และทางด้านนโยบายและแผน มีส่วนกำหนดนโยบาย และประสานงานในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นของผู้สูงอายุ ได้มีการเตรียมตัวจากที่องค์การอนามัยโลก ได้มีการคาดประมาณ และชี้ให้เห็นถึงปัญหาของผู้สูงอายุ และได้มีการรณรงค์ต่าง ๆ ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญ ก็ได้ยึดแนวนโยบายตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 มาตรา 54 เกี่ยวกับการช่วยเหลือแก่การยังชีพ และมาตรา 80 ที่ส่งเสริมในเรื่องการพึ่งพาตนเอง ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2540 ข้อที่ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกัน เข้าถึงหลักประกัน และบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งเน้น 4 เรื่อง คือ ให้มีกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ สิทธิผู้สูงอายุ ภาษีเงินได้ และการดูแลผู้สูงอายุ นั้น ซึ่งจะแบ่งผู้สูงอายุเป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีโรคเรื้อรัง/ช่วยเหลือตัวเองได้ ภาวะทุพพลภาพ/ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ภาวะทุพพลภาพ/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย รวมทั้งต้องมีมาตรการเข้มข้นในการทำนุบำรุงวัฒนธรรมประเพณีอันดีงามที่มีผู้สูงอายุเกี่ยวข้องด้วยให้เข้มแข็งยั่งยืนต่อไปในการรักษาค่านิยมของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุในทางบวก รัฐอาจพิจารณาส่งเสริม โครงการ “พหุศึกษา” ขึ้นในสังคมไทย โดย “พหุศึกษา” (Ageing Education) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้แก่ประชาชนทุกเพศทุกวัยเกี่ยวกับกระบวนการที่ประชากรมีอายุสูงขึ้น ซึ่งมีสาระครอบคลุมสถานการณ์ แนวโน้ม สาเหตุ และผลที่ตามมาของการมีอายุสูงขึ้นของประชากร พหุศึกษาต้องทำทั้งในระบบการศึกษาใน โรงเรียนและนอกโรงเรียน ทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการและต้องอาศัยสื่อการสอนและสื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายให้คนทุกเพศทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขในสังคมผู้สูงอายุ ทั้งนี้รัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุเพื่อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิเสมอภาคกับประชาชนทั่วไป และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นั้นประกอบด้วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560: 52)

1. นโยบายช่วยผู้สูงอายุที่ด้อยสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ประเทศไทยมีนโยบายที่จะจัดสวัสดิการให้กับประชาชนทั่วไปอย่างเสมอภาค โดยไม่เลือกเพศ วัย เชื้อชาติ ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมอยู่แล้ว สำหรับความช่วยเหลือที่รัฐจะให้กับผู้สูงอายุที่ด้อยฐานะทางเศรษฐกิจได้กำหนดไว้ในมาตรา 11 (11) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 รัฐจะให้สิทธิผู้สูงอายุได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมรัฐบาลได้ให้เบี้ยยังชีพในอัตรา 500 บาทต่อเดือนแก่ผู้สูงอายุ“ทุกคน” มาตั้งแต่ปี 2549 นอกเหนือจากการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุทุกคนแล้ว ในอนาคตรัฐจะต้องมีทางเลือกอื่นเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ให้ผู้สูงอายุทุกคนด้วย ปัจจุบันผู้สูงอายุที่เกษียณจากการทำงานราชการและรัฐวิสาหกิจ และการทำงานที่อยู่ในระบบของกองทุนประกันสังคม มีรายได้ยามชราจากเบี้ยบำนาญ แต่ยังมีแรงงานนอกระบบอีกเป็นจำนวนมาก ที่ยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้เพื่อการดำรงชีพยามชรา สำหรับแรงงานนอกระบบสถานิติบัญญัติได้ตราพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 ด้วยประสงค์ที่ให้หลักประกันรายได้ยามชราแก่แรงงานนอกระบบที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของกองทุนใดๆ อย่างไรก็ตาม การเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ยังให้เป็นไปตามความสมัครใจ ดังนั้น จึงต้องมีผลตอบแทนที่จะดึงดูดใจมากพอให้แรงงานทุกคนเข้าร่วมเป็นสมาชิก รัฐจะต้องมีนโยบายที่ผลักดันให้เกิดระบบบำนาญที่ประกันได้ว่า ผู้สูงอายุ “ทุกคน” จะมีรายได้“เพียงพอ” ต่อการครองชีพยามชราของผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกมากในอนาคต

2. นโยบายด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุปัจจุบัน ประเทศไทยมีนโยบายที่จะให้บริการทางการแพทย์พยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยอย่างทั่วถึงเริ่มจากโครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” และการให้บริการรักษาพยาบาลโดยถ้วนหน้า มีบริการ “บัตรทอง” สำหรับผู้สูงอายุในขณะเดียวกันทั้งรัฐและองค์กรอิสระ ที่สำคัญคือสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็ได้ทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อณรงค์ให้มีการรักษาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน สิ่งที่รัฐอาจช่วยเสริมให้นโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงมีความ เข้มแข็ง การเผยแพร่ข่าวสารความรู้ให้ผู้สูงอายุเข้าถึง แหล่งบริการสุขภาพอนามัย โดยรัฐจะต้องคองนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกเพศทุกวัยไว้

3. นโยบายช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังรัฐควรมีนโยบายช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียว หรือผู้สูงอายุอยู่ด้วยกันตามลำพังให้ชัดเจนในชุมชนชนบทหรือในเมืองเล็ก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรบรรจุเรื่องการดูแลช่วยเหลือประชากรกลุ่มนี้ไว้ในภารกิจ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ถูกต้อง มีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครทำงานเยี่ยมบ้าน และคอยให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น

4. นโยบายการคมนาคมขนส่งและสิ่งก่อสร้างสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุต้องมีนโยบายที่จะคุ้มครองสิทธิในการเดินทางของผู้สูงอายุ นโยบายดังกล่าวนี้จะต้องให้ผู้สูงอายุได้เดินทางตามถนนหนทางได้ โดยขจัดอุปสรรคสิ่งกีดขวางที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สะดวก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุและคนพิการด้วย ทางเท้า ทางเดินข้ามถนน และทางเข้าถึงพาหนะขนส่งสาธารณะ จะต้องได้รับการจัดระเบียบ และออกแบบการก่อสร้างให้เอื้อต่อการใช้ประโยชน์ของผู้สูงอายุ

5. นโยบายแผนการเตรียมความช่วยเหลือผู้สูงอายุยามที่เกิดอุบัติเหตุ ในช่วงที่เกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน ไม่ว่าจะเกิดอุบัติเหตุ อย่างเช่นเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ที่เกิดขึ้นเมื่อปลายปี 2553 และมหาอุทกภัยในปี 2554 หรือกรณีการสู้รบบริเวณชายแดนไทย – กัมพูชาในปี 2553 หรือแม้กระทั่งกรณีเกิดเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่อาจก่อให้เกิดสึนามิ ในราวเดือนเมษายน 2555 ทำให้ต้องมีการอพยพเคลื่อนย้ายประชาชนจากพื้นที่เกิดเหตุ หรือพื้นที่ภัยพิบัติไปสู่พื้นที่ปลอดภัย ระหว่างการเคลื่อนย้ายคนกรณีฉุกเฉินเช่นนี้ กลุ่มประชากรที่เคลื่อนย้ายไม่ได้ง่ายนัก ได้แก่ เด็ก ผู้พิการ และคนชรา ดังนั้น ประเทศไทยควรต้องมีการเตรียมแผนเคลื่อนย้ายประชากรกลุ่มเปราะบางเหล่านี้เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้วย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) ทั้งนี้องค์การภาครัฐซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ โดยตรงในการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข จึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยมีการจัดสรรปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตให้แก่ ผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิต ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนและท้องถิ่นผู้การพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ในอนาคตต่อไป และชุมชนได้แนวทางสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพในการดำเนินชีวิต ที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่น สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนหรือท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี
2. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี

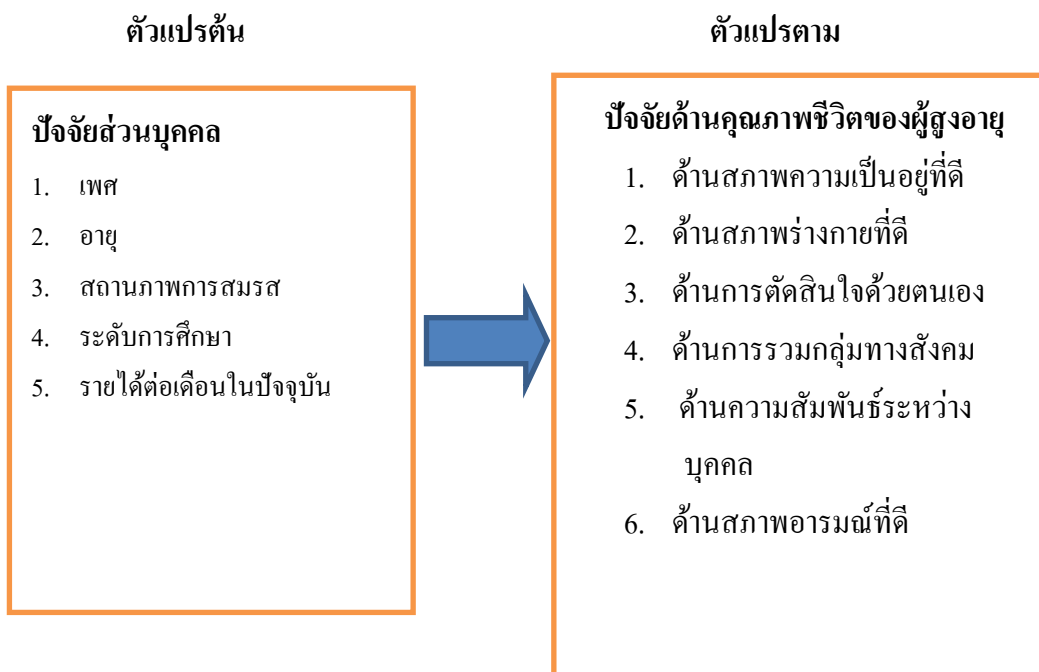
สมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีตัวแปรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ โดยใช้ตัวชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากแนวคิด ทฤษฎี ของ Schallock, L. R., (2004: 386) ประกอบด้วย ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษา เฉพาะผู้สูงอายุ สัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีถิ่นอาศัยอยู่ในประเทศไทย เฉพาะเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี เท่านั้น มีจำนวนทั้งสิ้น 1,394,130 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เฉพาะผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี เท่านั้น

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.05 หรือที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970: 65) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 400 คน แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (Mailing) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ตอบมักไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร หรือหมายถึงสัดส่วนที่ผู้ตอบจะส่งแบบสอบถามคืน (Response Rate) ก่อนข้างต่ำ ผู้วิจัยจึงประมาณอัตราการตอบกลับเป็น $400 + (400 \times 0.4) = 560$ คน (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2549: 53) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล และเป็นการสำรอง หรือลดความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถาม ของกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่มีการส่งแบบสอบถามคืนค่อนข้างต่ำ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จากกรณีการตอบแบบสอบถามบางฉบับไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจำนวนของ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวน 560 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามไปยังผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 560 คน และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เนื่องจากประชากรในแต่ละแห่ง มีจำนวนไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ตามสัดส่วนในแต่ละช่วงชั้นต่อจำนวนประชากรทั้งหมด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 560 คน โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อย (บุญมี พันธุ์ไทย, 2554: 31)

$$n_k = \frac{n N_k}{N}$$

เมื่อ n_k = จำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัด
 n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด
 N_k = จำนวนประชากรในแต่ละใน แต่ละจังหวัด
 N = จำนวนประชากรทั้งหมด

จากการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างย่อยดังกล่าวข้างต้น จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 560คน ปรากฏดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายรรวม (คน)	กลุ่มตัวอย่าง
1. กรุงเทพมหานคร	1,020,917	410
2. ปทุมธานี	154,239	62
3. นนทบุรี	218,974	88
รวม	1,394,130	560

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561 ข้อมูล ณ วันที่ 20 มีนาคม 2562

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาวิจัย เรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัย และสามารถนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ต่อเดือนในปัจจุบัน

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

ปัจจัยด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎี ของ Schalock, L. R., (2004: 386) ประกอบด้วย ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย และเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี เท่านั้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะวัดการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้านดังนี้ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ประกอบด้วย

ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความสุข และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความวิตกกังวล ปราศจากความเครียด รู้จักการยอมรับตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง รวมถึงการควบคุมอารมณ์ของตนเอง

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีมิตรภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนญาติมิตรและคนรอบข้าง ทำให้ไม่รู้สึกว่าจะตนเองอยู่โดดเดี่ยวเดียวดาย มีการติดต่อ พบปะสังสรรค์ รวมถึงการมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับคนในครอบครัว เพื่อน ญาติมิตรและคนรอบข้างอยู่ตลอดเวลา

การรวมกลุ่มทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มทางสังคม มีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคม มีบทบาทในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนกิจกรรมของสังคม ตลอดจนการได้รับการยอมรับทางสังคม และมีสถานภาพทางสังคมที่เป็นยอมรับของบุคคลทั่วไป

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีอาชีพการงานและรายได้ มีสภาพทางการเงินที่ดี ได้รับความปลอดภัยในการใช้ชีวิต และมีที่พักอาศัยที่เหมาะสมเป็นไปตามมาตรฐานของการมีชีวิตที่ดี

ด้านสภาพร่างกายที่ดี หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่แข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ดูแลตนเองในเรื่องอาหารและโภชนาการ ตลอดจนการรับข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

ด้านการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีอิสรภาพในการกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง มีศักยภาพที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองชอบหรือพอใจ สามารถให้เหตุผลสนับสนุนด้วยเหตุผลและแก้ต่างเพื่อตนเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชุมชนและท้องถิ่นสู่การพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ในอนาคตต่อไป
2. ชุมชนได้แนวทางสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพในการดำเนินชีวิต ที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่น สามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนหรือท้องถิ่นต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยเรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 2.5 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- 2.6 เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 สรุป

แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. ความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความหมายคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตมักตั้งอยู่บนรากฐานของความเชื่อ หรือแนวคิดเกี่ยวกับชีวิตของคนซึ่ง จะต้องประกอบด้วย ภาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการการมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุก ๆ ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น มีสุขภาพดี มีอิสระเสรี ในด้านความคิด การกระทำ มีเป้าหมายของชีวิต คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจอย่าง กว้างขวางเพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่าง ๆ สามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว จึงมีผู้ให้ ความหมายคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

คณะทำงานด้านคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก (2561: 64) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลใน การดำรงชีวิต ในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้อิทธิพลของ วัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นระบบบริการ สวัสดิการต่าง ๆ ตลอดจนงานการเมือง และการปกครองของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่

ดังนั้นจึงสรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้ง ในด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

เป็นการประสาน การรับรู้ของบุคคล ในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัยวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นักทฤษฎีผู้สูงอายุได้พิจารณากระบวนการแก่ของบุคคลว่า เป็นกระบวนการที่ เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งแนวตั้งและแนวนอน ในแนวตั้งให้พิจารณาว่า ร่างกายของบุคคลมีหลายระดับ นับตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ บุคคล กลุ่มคน และสังคม ส่วนแนวนอน ให้พิจารณาว่าบุคคลมี คุณลักษณะ 3 ประการ คือ เป็นอยู่ (Being) พฤติกรรม (Behaving) และการ กลายมาเป็น (Becoming) ดัง ปรัชญาการณของความสุขอายุหรือกระบวนการแก่เกิดจากปัจจัยหลาย ประการ ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีที่อธิบายถึงการสูงอายุนั้นอาจแบ่งได้ เป็น 3 ทฤษฎี ดังต่อไปนี้ (สุวดี เบญจวงษ์, 254: 60)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา ใช้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลง ของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ของทั้งการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรค พบว่า ในทุก ระดับของชีววิทยาตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะจะต้องมีการเสื่อมและมีการตายเกิดขึ้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรม ของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำและการรับรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลจะผลักดันให้มีบุคลิก แตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต การที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ก็จะส่งผลถึงการพัฒนา บุคลิกภาพในอนาคต คือ การเป็นผู้สูงอายุด้วย

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะ ทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาในแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อ การปรับตัว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงอย่าง รวดเร็ว ทฤษฎีทางสังคมแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

3.1 ทฤษฎีไว้ภาระผูกพัน อธิบายว่าการละบทบาททางสังคม ซึ่งจะเป็นผลดีต่อ ทั้ง สองฝ่าย คือ ได้ให้คนในวัยหนุ่มสาวที่มีความรู้ความสามารถเข้ามาทำหน้าที่ สำหรับผู้สูงอายุเอง ก็จะได้ เตรียมตัวรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการต่อเนื่องและหลีกเลี่ยงไม่ได้ และความ แตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งที่สำคัญ

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม กล่าวถึง การมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างบุคคล การมี ปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และความพึงพอใจในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานะทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกลดทอดถอนตัวออกไป ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีกิจกรรม

ต่อเนื่อง จากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทำให้มีสุขภาพดีทั้งใจและกาย กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุ

3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง ได้มาจากการนำทฤษฎีไว้ภาวะผูกพันและทฤษฎีกิจกรรม มาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปใหม่เป็นทฤษฎีความต่อเนื่องที่สามารถอธิบายชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้ คือการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและรูปแบบการ ดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่นผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมจะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรม เหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนก็จะมีความสุขในการแยกตัวเอง ในวัยสูงอายุ

ในขณะที่ Beadle-Brown, J., Murphy, G., and DiTerlizzi, M. (2008: 380) ได้นำเสนอการแบ่ง คุณภาพ ชีวิตควบคู่ไปกับการกำหนดตัวชี้วัด เป็น 8 ด้าน ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม (Social Inclusion) การรวมกลุ่มทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มทาง สังคม การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคม สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่มีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่มทาง สังคม บทบาทในการดำเนินชีวิต (เช่น วิธีทางการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนิน ชีวิตเพื่อความเหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อวิถีการดำเนินชีวิต) การช่วยเหลือ สนับสนุนต่าง ๆ (เช่น ความพึงพอใจในการบริการทางสังคม การยอมรับทางสังคม และสถานภาพทาง สังคม)

2. คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ (Physical Well-being) ด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะทางสุขภาพซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ ความ ปลอดภัย การมีสุขภาพดี การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมสันทนาการ ต่าง ๆ อาหารและโภชนาการ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลสุขภาพ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Batista Vitorino and Martins da Silva (2010: 3) ที่ค้นพบว่ากิจกรรมทางกายภาพและ การเคลื่อนไหวอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอีกด้วย

3. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมี มิตรภาพ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้บริบทสถานที่ทำงานหรือบริบทครอบครัว นอกจากนี้ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังเกี่ยวข้องกับภาวะความโดดเดี่ยวเดียวดาย การสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความรัก

4. คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Material Well-being) ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดีจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ อาชีพการงาน สภาพทางการเงิน การเป็นเจ้าของ (ตั้งหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์) ความปลอดภัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะที่อยู่อาศัยและการคมนาคมขนส่ง

5. คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being) ด้านลักษณะทางอารมณ์จะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานอาชีพที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือสนับสนุน ความพึงพอใจในกลุ่มทางสังคมของตนเอง นอกจากนี้ด้านลักษณะทาง อารมณ์ยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มโนภาพแห่งตน การไร้ความเครียดและความสุขในการดำเนินชีวิต

6. คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองจะเกี่ยวข้องกับควมมีอิสรภาพในการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง การกำหนดทิศทางชีวิตด้วยตนเอง อิทธิพลของที่อยู่อาศัย ที่มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำพูดและการแก้ต่างเพื่อตนเอง

7. คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเอง (Personal Development) ด้านการพัฒนาตนเองจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการศึกษาและทักษะในการปฏิบัติตน ความสามารถส่วนตัว การบรรลุสิ่งที่ปรารถนา ความก้าวหน้าและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ

8. คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights) ด้านสิทธิเสรีภาพจะเกี่ยวข้องกับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิในความเป็นพลเมือง (เช่นการมีสิทธิเลือกตั้ง) ความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมืองและกิจกรรม ต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือรัฐบาล

โดยสรุป คุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ทั้ง 8 ด้านข้างต้น ได้ระบุถึงลักษณะตัวชี้วัดซึ่ง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางหรือตัวแปรในการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยอาจเน้นเชิงวัตถุ วิสัยหรือเชิงอัตวิสัยตามความเหมาะสมของบริบทที่ศึกษาหรืออาจใช้แนวทางทั้ง 2 อย่างควบคู่ไปด้วยกันก็ได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิตด้านผู้สูงอายุ ของ Schalock, L. R., (2004: 386) ซึ่งได้ สรุปและสังเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตจากงานวิจัยและบทความทางการศึกษาพบว่าปัจจัยหลักของคุณภาพชีวิตพิจารณาจาก 8 ปัจจัยหลัก คือ สภาพอารมณ์ที่ดี ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การพัฒนาตนเอง สภาพทางร่างกายที่ดี การตัดสินใจด้วยตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม และสิทธิตามกฎหมายโดยสรุป ปัจจัยหลักในการวัดคุณภาพชีวิตมี 8 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านจะมีตัวชี้วัดหลักและย่อย ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้สำหรับการศึกษาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพียง 6 ด้าน โดยที่ ด้านที่ไม่ได้นำมาศึกษาได้แก่ ด้านการพัฒนาตนเอง และด้านสิทธิตามกฎหมาย ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้จะ เน้นการศึกษาไปที่โครงสร้างของคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนั้นความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สรุปว่า คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดีที่สุดจากความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับ โดยจะวัดการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในแต่ละด้านดังนี้ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทระบบหัวใจระบบหลอดเลือดระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะเกิดซ้ำ ๆ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ดังนี้(กรมอนามัยโลก, 2561: 47)

3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกๆ ระบบของร่างกายผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและส่วนต่าง ๆ ที่พบโดยทั่วไปได้แก่ ผิวหนัง บาง แห้งเหี่ยวย่น ลอกหลุดง่าย มักมีอาการคัน มีง้ำเลือด เซลล์ ผสมและขนทั่วไปสีจางลง กลายเป็นสีเทาและสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและการคิดเชิงซ้ำ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดีขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้รับรู้รสน้อยลง การรับรสนานจะสูญเสียก่อนรับรสอื่น ๆ ฟันผุแตกหักง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอพินร่นลงไป กระดูกเปราะและหักง่าย มีอาการปวดกระดูก เนื่องจากแคลเซียมลดลง ต่อมน้ำลายทำงานน้อยลง ทำให้รู้สึกปากแห้ง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้บ่อย ประกอบกับการไม่ได้ออกกำลังกาย พบอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเพศหญิง และปัสสาวะลำบากในเพศชายจากต่อมลูกหมากโตขึ้น นอกจากนี้การผลิตของฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อน และมีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะได้ผนังหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเป็นเหตุให้ การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี ต่อมเพศทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง (เกสร ตำภาพทอง, 2549: 76) การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาความเจ็บป่วย ทางร่างกายที่พบมากที่สุด โรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 และป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 คือ โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอันได้แก่ การปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว ไขข้ออักเสบ

รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ (กรมอนามัยโลก, 2561: 126)

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่

3.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัวและทางด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว บอกว่ารู้สึกเหงา รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตก็เปลี่ยนไป เพราะเกษียณอายุจากการทำงาน มีกิจกรรม และการมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ในคุณค่าของตัวเองลดลง (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552: 41)

3.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้านอกจากนี้รูปแบบของครอบครัวในสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กซึ่งประกอบด้วยสามีภรรยาและบุตรเท่านั้นกล่าวคือมีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันไม่เกินสองรุ่นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต (สากุล ช่างไม้, 2550: 75) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุนั้น เกิดขึ้นจากการถูกทอดทิ้ง และการถูกตัดออกทางสังคม เช่น การออกจากงาน การออกจากความรับผิดชอบในหน้าที่เดิมที่เคยปฏิบัติ การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน หรือจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่คงที่ มีความเปล่าเปลี่ยว จิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งใดมากระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อยก็จะโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย หรือน้อยใจ บางรายมีอาการซึมเศร้า หรือมีปฏิกิริยาต่อต้าน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เป็นไปในทางเสื่อมสมรรถภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทางด้านร่างกาย จะเห็นว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทางด้านจิตใจพบว่าสภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลง โดยจะหงุดหงิดง่าย และมีความวิตกกังวลสูง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของครอบครัว การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพสมรส เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยมักมีอาการรุนแรง และต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพมากขึ้น(เกสร ลำภาทอง, 2549: 77) และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคมที่เห็นได้ชัด โดยที่ในอดีต ครอบครัวไทย เป็นครอบครัวใหญ่ที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรให้ความเคารพ

บูชา ขอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบัน สังคมไทย เปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ได้จากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความ โดดเดี่ยว รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ กระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552: 135)

3.2.3 ความสนใจถึงแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น

3.2.4 การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบกับคนอื่นสามารถพึ่งตนเองได้ระดับหนึ่ง

3.2.5 ขอมรับสภาพของการเข้าผู้วัยสูงอายุ จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษา ปฏิบัติตามคำสั่งสอนในศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว (กรมอนามัย, 2545)

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมือง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญปัญหาการอยู่ตามลำพัง ไม่มีที่พักพิงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่ายปัญหาสุขภาพในประชากรของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต (ศากุล ช่างไม้, 2550: 89) ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไปและต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552: 135)

3.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตกทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่นการเคารพพระบอบาวุโสหรือค่านิยมของความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้ที่มีพระคุณ บุตรจะต้องทดแทนพระคุณของบิดามารดาเมื่อแก่ชราค่อยหมดไป

3.3.3 การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกที่ตัวเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว โดดเดี่ยว

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2553: 90) ได้ทำการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทยพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และแนวโน้มของการมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสาเหตุและแบบแผนของการเจ็บป่วยและการตายของประชากรตามมาซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในประเทศพัฒนาแล้วในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาเนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขได้พัฒนาไปมากประชากรไม่เพียงแต่มีอายุยืนยาวขึ้นแต่ใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดียาวนานขึ้นด้วยข้อมูลจากการศึกษาหลายแหล่งได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือพิการลดลงเป็นลำดับที่เป็น เช่นนี้น่าจะเนื่องมาจากคนสูงอายุในรุ่นหลัง ๆ มักจะได้รับการศึกษามากขึ้นซึ่งนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นประกอบกับเทคโนโลยีนโยบายและระบบงานสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเป็นลำดับ

ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาผลกระทบของการเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดูเหมือนจะรุนแรงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมากเนื่องจากช่วงเปลี่ยนผ่านทางประชากรนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลายประเทศยังขาดความพร้อมทั้งในด้านทรัพยากรองค์ความรู้ บุคลากรและเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลื่อมลงหลายด้านทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในรูปของลักษณะและหน้าที่ ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง3ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย และจิตใจ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าในปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามแต่ละทัศนคติของแต่ละบุคคลหรือสังคม ได้มีผู้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1. Flanagan, J.C. (1978: 140) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1) มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ การมีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีการสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลอื่น

4) มีการพัฒนาบุคลิกภาพและมีความสำเร็จสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น ทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5) มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ปลูกพืชและสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

2. Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985: 55) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบไปด้วยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

3. Sharma, R.C. (1988: 156) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้านคือ

1) ด้านกายภาพ ได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ

2) ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การมีงานทำ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ

4. Stromberg, M.F. (1984: 40) ได้แสดงทัศนคติในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเชิงปริมาณ ด้วยการวัดจากรายได้ ที่อยู่อาศัย กิจกรรม และความบริสุทธิ์ของอากาศ ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือนุเคราะห์อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

2) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นเชิงปริมาณ ด้วยการสืบค้น ความต้องการ ความหมดหวัง ทัศนคติ และการรับรู้ของแต่ละคน ขึ้นอยู่กับค่านิยมของคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจที่ตนเองได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินของผู้ป่วยเอง โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้รับบริการ โดยเป็นการบรรยายและการบอกถึงสภาพที่ผู้รับบริการเป็นอยู่

5. Zhan, L. (1992: 798) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอก ที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อมและสถานะทางสุขภาพ สิ่งที่คุณรับรู้ถึงสิ่งที่คุณเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้ โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง

3) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมและยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อมและการเมืองด้วย

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษาและรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบคุณภาพชีวิตหลายประการ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อคุณภาพชีวิตดังนี้

1) เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจาก เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นตัวบ่งบอกถึงค่านิยม คุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถของมนุษย์ในสังคม เช่นสังคมไทยในสมัยก่อน มักยกย่องให้เกียรติกับเพศชายให้เป็นหัวหน้าครอบครัว และมีบทบาทหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ในขณะที่เพศหญิงถูกกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้าน ดูแลเกี่ยวกับการประกอบอาหาร เลี้ยงดูบุตรและงานอื่น ๆ ภายในครอบครัว ดังนั้นการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับเพศชาย ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว นอกจากนี้ลักษณะทางร่างกายและลักษณะงานอาชีพ ของเพศชาย บ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกาย มากกว่าเพศหญิง ทำให้เพศหญิงรู้สึกที่ตนเองเป็นเพศที่อ่อนแอกว่า มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เดียวกันเพศชายเกิดความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า จึงเกิด

ความพึงพอใจทำให้เกิดความสุขในตนเอง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตทางบวก และพบว่าเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ปลื้มใจ ไพจิตร(2558: 35) ได้ศึกษาคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าเพศ ที่ต่างกันทำให้คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0 .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ (2554: 38) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพของผู้สูงอายุ

2) อายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเนื่องจาก อายุ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคลผู้สูงอายุที่มีอายุมากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองต้องเป็นภาระกับผู้อื่นมากขึ้นรู้สึกไม่มีคุณค่าส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี

3) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่สมรสเป็นปัจจัยเสริมทางสังคมอย่างหนึ่ง เป็นลักษณะที่บ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุ คู่สมรสนับว่าเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุยาวนานมากที่สุดนอกเสียจากว่าคนใดคนหนึ่งจะเสียชีวิตไปเสียก่อน หรือกรณีอื่น ๆ เช่น หย่าหรือแยกกันอยู่ คู่สมรสนอกจากจะช่วยแบ่งเบาภาระต่าง ๆ แล้ว ยังเป็นผู้ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ รู้สึกไม่เหงาหรือโดดเดี่ยว เมื่อมีปัญหา รู้สึกมีคนคอยให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีคุณค่า รับรู้ถึงการมีชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสดและหม้าย

4) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้มนุษย์มีการพัฒนาความรู้ สติปัญญา และพัฒนาทักษะชีวิตในทางที่ดี นอกจากนี้การศึกษายังทำให้บุคคลมีโอกาที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองมีความสุขดีขึ้น และสามารถที่จะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ตามที่ได้รับรู้มา เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษา จะมีทักษะในการค้นคว้าแสวงหาข้อมูล และรู้จักใช้แหล่งข้อมูลที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพได้ดี โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย หรือไม่ได้รับการศึกษา ซึ่งในการดูแลตนเองไม่ว่าทางบวกหรือทางลบ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน

5) รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสวงหาล้างจำเป็นต่อการดำรงชีวิตการมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้บุคคล

สามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้อย่างเพียงพอ มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ และรายได้ยังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพกลุ่มทางสังคมต่างๆและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รายได้จึงมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูง เมื่อเกิดความเจ็บป่วย โอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองระหว่างการเจ็บป่วย โดยไม่ต้องกังวลกับสถานะทางเศรษฐกิจ ดังนั้น รายได้จึงมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของบุคคล

6) ลักษณะครอบครัว และบทบาทในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายสำหรับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ ความรักความเอาใจใส่ การให้ความเคารพนับถือและให้เกียรติกัน การให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงให้การสนับสนุนด้านความคิดและการตัดสินใจ นอกจากนี้ ลักษณะครอบครัวยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะฉะนั้น แรงสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวจึงมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าหว่า โดยเฉพาะเมื่อยามเจ็บป่วยก็มีคนในครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ ทำให้สามารถปรับตัว รับสภาพการเปลี่ยนแปลงในทุกสถานการณ์ได้ดี ความรู้สึกดังกล่าว ย่อมนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันไม่เกินสองรุ่นซึ่งไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยมีบุตรหลานคอยดูแลซึ่งกันและกันทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะถูกทอดทิ้งได้ง่าย ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุจะนำไปสู่ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าลักษณะครอบครัว มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2552: 25) ปราบกฏการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทต่าง ๆ ได้เกิดความรู้สึกว่าตนเองขาดคุณค่าขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้เกิดเป็นปัญหาต่อเนื่องกับกลุ่มผู้สูงอายุในสังคมไทย (สากุล ช่างไม้, 2550: 95)

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาของแต่ละบุคคลดังต่อไปนี้

กรมอนามัยโลก (2561: 69) ได้ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านคือ

1) ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลทางด้านรูปธรรมที่วัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2) ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (2561: 68) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มี ความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง ภาระกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับและการพักผ่อน รวมถึงการรับรู้ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่ บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิและการตัดสินใจและความสามารถในการ เรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือความ กังวล เป็นต้น

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพา ผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือ การรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความ ช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การ รับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้ อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสที่จะได้รับ ข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของคนที่มีต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต ความเชื่อมั่นอื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2540: 54) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI, 1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ

1) ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดของร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกระทัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและการพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ในความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ตัวชี้วัดได้แก่

- 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย
- 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า
- 3) การนอนหลับพักผ่อน
- 4) การเคลื่อนไหว
- 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน
- 6) การใช้ยาหรือการรักษา
- 7) ความสามารถในการทำงาน

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่นการรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงเรื่องของความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค รับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า กังวล และสิ้นหวัง เป็นต้น มี 6 ตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) ความรู้สึกในด้านดี
- 2) การคิดการเรียนรู้ ความจำและสมาธิ

- 3) การนับถือตนเอง
- 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง
- 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี
- 6) จิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์มี 3 ตัวชี้วัดได้แก่

- 1) สัมพันธภาพทางสังคม
- 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
- 3) กิจกรรมทางเพศ

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มีความมั่นคงในชีวิต มีที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน การบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้นมี 8 ตัวชี้วัดได้แก่

- 1) ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต
- 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน
- 3) แหล่งการเงิน
- 4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม
- 5) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ
- 6) การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจและมีเวลาว่าง
- 7) สภาพแวดล้อม
- 8) การคมนาคม

ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2561: 26) ได้อธิบายแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไว้ที่น่าสนใจว่า ด้วยรัฐบาลได้มีแนวนโยบายในการปฏิรูปประเทศไทย โดยกำหนดกรอบการปฏิรูปภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และให้ทุกส่วนราชการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี ซึ่งกระทรวงการ

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการจัดทำภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในสังกัด และได้แจ้งเวียนผลการจัดทำยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ระยะ 20 ปี เพื่อทราบและใช้กรอบแนวทางในการกำหนดทิศทางงานขับเคลื่อนงานของส่วนราชการระดับกรมในอนาคต โดยกำหนดวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) แผนปฏิรูปและจัดทำแผนแม่บท (Operation Plan) อีกทั้งการดำเนินการขับเคลื่อนภารกิจปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 ได้ประกาศกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2559 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 เป็นต้นไปกรมกิจการผู้สูงอายุ จึงได้มีการพัฒนายุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี กรมกิจการผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนาประเทศในการนำพาประเทศไทยก้าวสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ภารกิจตามกฎหมายกรมกิจการผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2558 ตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 ซึ่งได้กำหนดให้กรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงาน หลักมีหน้าที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยตรง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมศักยภาพ ค้ำครอง และพิทักษ์สิทธิ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดี กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้กำหนดแนวทางและพัฒนามาตรการ กลไก โดยเน้นดำเนินการในการส่งเสริมการใช้ศักยภาพ การค้ำครองและพิทักษ์สิทธิ และการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ ภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 นโยบายรัฐบาลรวมทั้งพันธกรณี และปฏิญญาต่าง ๆ ข้อเสนอการปฏิรูปประเทศของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารงานที่มุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นหลักเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรต่อไป

1. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1.1 แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชา ระดับโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 (the 2nd world Assembly on Ageing) ณ กรุงมาดริด ประเทศ สเปน ในปี พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมคราวนั้นได้ก่อให้เกิดพันธกรณี

ระหว่างประเทศ ในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (The Madrid International Plan of Action on Ageing) ที่ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุในประเด็นต่อไปนี้ คือ

อำนาจหน้าที่กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจ เกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพ การจัดสวัสดิการและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบงานด้านสวัสดิการสังคมให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อสภาพการณ์ ทางสังคม กระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก พันธกรณี และข้อตกลงระหว่างประเทศ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและเสริมสร้าง ความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยให้มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1) เสนอแนะนโยบายและแผนหลัก ยุทธศาสตร์ มาตรการ และแนวทางการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

2) พัฒนามาตรการ กลไก มาตรฐาน และนวัตกรรมองค์ความรู้การดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และ ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็น ไปตามมาตรฐานที่กำหนด

3) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานความร่วมมือกับองค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

4) บริหารจัดการและกำกับดูแลการดำเนินงานกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อการคุ้มครอง การส่งเสริม การสนับสนุน และการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

5) บริหารจัดการและพัฒนา ระบบงานเทคโนโลยีสารสนเทศด้านผู้สูงอายุ

6) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพ การจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ

7) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมหรือตามที่ รัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีมอบหมายภาควิชาการ การให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนงานอาสาสมัครและการถ่ายทอดภูมิปัญญา อีกทั้งยังเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ของประเทศไทยได้ 3) การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การสร้างและพัฒนาระบบ เพื่อจัดบริการรองรับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้างและพัฒนา กลไกต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติทั้งในเขตเมืองและในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะ ด้านบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ร่วมกันทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งบุคลากรวิชาชีพ และอาสาสมัคร ด้วยการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

โดยเฉพาะบริการด้านการดูแลและ การฟื้นฟูสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงและมีข้อจำกัดในเรื่องการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมี การเร่งขยายการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาความรู้และพัฒนาทักษะเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ 4) การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยในที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ โดยมุ่งสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักแก่สาธารณชนและหน่วยงาน ทุกภาคส่วน ในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย เพื่อคนทุกวัยให้สามารถ ใช้ประโยชน์ร่วมกัน

5) การเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงาน ด้านผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมทุกด้าน จึงจำเป็นต้อง มีการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการสนับสนุนทรัพยากร การสนับสนุนความรู้ การนิเทศงาน หรือการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สถานการณ์ผู้สูงอายุและองค์ความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรและ ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ด้านผู้สูงอายุได้อย่างมืออาชีพ ทั้งนี้ นโยบายรัฐบาล คณะรัฐมนตรีโดยนายกรัฐมนตรี (พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้แถลงนโยบาย ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้กำหนดนโยบายการบริหาร ราชการแผ่นดิน 11 ด้าน ประกอบด้วย

- (1) การปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์
- (2) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ
- (3) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคมและการ สร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ
- (4) การศึกษาและการเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม
- (5) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน
- (6) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ
- (7) การส่งเสริมบทบาทและการใช้โอกาส ในประชาคมอาเซียน
- (8) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรม
- (9) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุล ระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน
- (10) การส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดิน
- (11) การปรับปรุง กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายด้านที่ 3 การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึง

บริการของรัฐ ดังนี้ ระบบการออมและระบบสวัสดิการชุมชนให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการดูแลให้มีระบบการกู้ยืม ที่เป็นธรรมและการสงเคราะห์ผู้ยากไร้ตามอัตภาพ พัฒนาศักยภาพ คຸ້ມครองและพิทักษ์สิทธิจัดสวัสดิการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ สตรี และเด็ก ข้อที่ 4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและ การมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียม ระบบการดูแล ในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ.2545-2564 ซึ่งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้เห็นชอบแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ที่ได้รับการปรับปรุงครั้งที่ 1 และมอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นำเสนอคณะรัฐมนตรีและ ให้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ปรากฏในแผนฯ ดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด ซึ่งคณะรัฐมนตรี ได้มีมติอนุมัติ เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2553 โดยแผนดังกล่าวได้ให้ความสำคัญต่อ “วงจรชีวิต” และความสำคัญของคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สรุปสาระสำคัญดังนี้

- วิสัยทัศน์ : “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม”

- ปรัชญา: ผู้สูงอายุไม่ใช่มนุษย์ด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วม เป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐ ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด

- ประเด็นสำคัญ:

1) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ

(1) มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต

(2) ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย

(3) มีหลักประกัน ที่มั่นคงได้รับสวัสดิการและบริการที่เหมาะสม

(4) อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้

- ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากร เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้ เพื่อวัยสูงอายุ (2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ (3) มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย และดูแล ตนเองเบื้องต้น (2) มาตรการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (3) มาตรการส่งเสริม ด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ (4) มาตรการสนับสนุน ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (5) มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และ (6) มาตรการส่งเสริม และสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

3) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้ (2) มาตรการหลักประกัน ด้านสุขภาพ (3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และ (4) มาตรการระบบบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้าน ผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และ (2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่ องค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ (1) มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ ความรู้ด้านผู้สูงอายุ สำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการ ที่เป็นประ โยชน์แก่ ผู้สูงอายุ (2) มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และ (3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูล ทางด้านผู้สูงอายุให้ ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการ เข้าถึงและสืบค้น

3. สังคมสูงอายุระเบียบวาระแห่งชาติ

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปี 2564 ประเทศไทยจะเป็น สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะส่งผล กระทบต่อการพัฒนาประเทศ และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ตลอดจนทุกภาคส่วน ได้ตระหนักต่อสถานการณ์ดังกล่าว จึงให้มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เพื่อเร่งขับเคลื่อนนโยบาย ดังกล่าวเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหา การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการทำงานแบบแยกส่วนขาด การบูรณาการ หรือมีความซ้ำซ้อน ทั้งในเชิงประเด็น และเชิงพื้นที่ ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ดังนั้นทุกภาคส่วนจึงต้องทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อทำนโยบายด้านผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

2) กลไกการติดตามผลการดำเนินงาน ปัจจุบันข้อมูลผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ไม่สามารถแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่เป็นปัจจุบันได้จากทุกภาคส่วนที่มีการดำเนินงาน จึงส่งผลกระทบต่อประเมินสถานการณ์และการกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องการกำหนดเรื่องผู้สูงอายุให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ เพื่อให้การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอยู่ในลำดับสำคัญและได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ผันแปรไปตาม นโยบายของแต่ละรัฐบาล และการขับเคลื่อนนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดประเด็นเร่งด่วนและผู้รับผิดชอบหลักในการบูรณาการการทำงานอย่างเป็นองค์รวม โดยมีเป้าหมายหลักคือให้ ผู้สูงอายุไทยเป็น Active Aging : Healthy, Security and Participat แผนยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580 วิสัยทัศน์ (Vision) “ผู้สูงอายุมีหลักประกันในการดำรงชีวิตที่มั่นคงในทุกมิติ และเป็นพลัง ในการขับเคลื่อนสังคมไทย”

พันธกิจ (Missions)

1. ผลักดันนโยบาย มาตรการ กลไก การจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วม
2. เตรียมความพร้อมคนทุกวัยเพื่อรับสังคมผู้สูงอายุ
3. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานบนพื้นฐานการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ
4. พัฒนาสภาพแวดล้อมและระบบเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพื่อเข้าถึงบริการสาธารณะ
5. ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic issues)

1. บูรณาการการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ กลไก นวัตกรรมงานด้านผู้สูงอายุไปสู่ การปฏิบัติ
2. พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมคนทุกช่วงวัยเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่าย
3. พัฒนาระบบการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ
4. เป็นองค์กรแห่งนวัตกรรมด้านผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์ (Goal)

1. การบูรณาการทั้งระดับนโยบาย กลไก สู่การการปฏิบัติ
2. พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมคนทุกวัย
3. ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิอย่างทั่วถึง
4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อยกระดับการให้บริการ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ เป็นผลสัมฤทธิ์ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกิดจากการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) โดยมี 4 เป้าประสงค์ ดังนี้

เป้าประสงค์ที่ 1 มีการบูรณาการทั้งระดับนโยบาย กลไก สู่การการปฏิบัติ มีการเชื่อมโยงแผนระดับนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ยกระดับ หน่วยงานเพื่อเป็นกลไกในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ และสร้างความร่วมมืองาน ด้านผู้สูงอายุระหว่างประเทศ

เป้าประสงค์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและเตรียมความพร้อมคนทุกวัย ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมให้ปฏิบัติงาน มีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมผ่านเครือข่ายและกลไกในระดับพื้นที่ และคนทุกวัยมีการเตรียม ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

เป้าประสงค์ที่ 3 ผู้สูงอายุได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิอย่างทั่วถึง ผลักดันและขับเคลื่อนมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติเพื่อ รองรับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พร้อมทั้งสร้างระบบคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและ พิทักษ์ประโยชน์อย่างทั่วถึง เป้าประสงค์ที่ 4 พัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อยกระดับการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนมีความพึงพอใจ ต่อคุณภาพการให้บริการ โดยออกแบบการ บริการที่ยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศหรือนวัตกรรมที่เหมาะสม ในอีก 20 ปี ข้างหน้าผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีสุขภาพที่ดี (Healthy) มีหลักประกันและความปลอดภัยในชีวิต (Security) และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ และสังคม (Participation) และยังเป็นอีกหนึ่งพลังในการขับเคลื่อนประเทศ

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพร คุหา (2552) ได้ศึกษาแนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองขาว อำเภอนาทม จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1) ศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ศึกษาปัญหาการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาแนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รวม 280 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านร่างกายโดยการเจ็บป่วยทางร่างกาย ด้านจิตใจพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความจำไม่ได้ แต่พบว่ามีความพอใจต่อความสัมพันธ์ทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่ามีความพอใจต่อสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน เช่น สะอาด บรรยากาศดี ไม่มีมลพิษ 2) ปัญหาการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาของตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และ 3) แนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า ต้องให้ความสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายเป็นอันดับแรกก่อน โดยการออกหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่เป็นประจำทุกเดือน รองลงมาต้องให้ความสำคัญทางด้านจิตใจโดยการเสริมสร้างความมั่นคงทางใจด้วยการจัดโครงการแสดงธรรมเทศนาสำหรับผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม ชมรมสำหรับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติธรรม รวมถึงแนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม ควรเน้นให้มีการเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพคนชราแบบจัดเป็นสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุโดยมีหลักเกณฑ์ชัดเจน

สิงหา จันทริยวงษ์ (2551) ได้พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพและวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท และสังเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำหรับเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้กรณีศึกษาจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน การวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยประยุกต์ ใช้เทคนิคในการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า 1) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของไทยเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 ประการคือ องค์ประกอบภายในเป็นผลจากความเสื่อมทางร่างกายที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมส่วนตัวและสังคม ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีผู้สูงอายุ และ

ง่าย และการวิเคราะห์หัตถ์คอดอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยทางชีวะสังคม 5 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยนำ 6 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยเอื้อ 2 ตัวแปร และปัจจัยเสริม 2 ตัวแปร รวม 15 ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี อาชีพหลัก และการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสถานภาพ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดนี้สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.6 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .387

ชนะโชค คำวัน (2553) ได้ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาแนวทางสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล ปลาปาก ทาการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 213 คน ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก มีคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นในภาพรวม หรือรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 4 แนวทาง ได้แก่ แนวทางการมีส่วนร่วมของครอบครัว แนวทางการพัฒนาด้านจิตใจ แนวทางการช่วยเหลือกรณีการเจ็บป่วย แนวทางการส่งเสริมรายได้ และแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ

จันทร์เพ็ญ สุริยวงษ์, พรรณพิศ วิทยาารวงศ์, กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ และชื่นฤดี รมชนะ (2550) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดเพชรบูรณ์ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน และปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมพร โปธินาม (2552) ศึกษาผู้สูงอายุไทย: บริบทของจังหวัดมหาสารคามผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดีมากปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือการมีส่วนร่วมในสังคมชุมชนและครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัวการเห็นคุณค่าในตัวเองรวมถึงรายได้

เมื่อพิจารณาด้านความสุขพบว่าผู้สูงอายุมีระดับของความสุขในระดับสูงเช่นกันปัจจัยที่มีผลต่อความสุขคือการเห็นคุณค่าในตัวเองระดับการศึกษาการเป็นสมาชิกชมรมต่างๆและการเข้าร่วมชมรมในชุมชนของตนเองและจำนวนสมาชิกในครอบครัวในด้านของการรับรู้สวัสดิการของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจในด้านการได้รับเบี้ยยังชีพและสิทธิการรักษาพยาบาลในระดับดีผู้สูงอายุในเขตชนบทและส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพ

วิโรจน์ เรื่องสะอาด (2550) ได้ศึกษา เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 165 คน พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา มีรายได้อยู่ในระดับ พอใช้ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจทางเพศอยู่ในระดับต่ำ

ดวงใจ คำคง (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่าปัจจัยด้านอายุ และ สถานภาพหม้ายมีผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

เกียรติศักดิ์ พิงสมบัติ และปริดา ธนสุกาญจน์ (2552) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโรงช้างอำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 42.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 ร้อยละ 82.0 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 90.8 มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.0 กระดูกข้อเสื่อม ร้อยละ 19.8 เบาหวาน ร้อยละ 8.4 ตามลำดับ ร้อยละ 66.4 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ร้อยละ 76.0 ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย (3.64) ด้านจิตใจ (3.79) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3.68) จัดอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม (3.32) และด้านความมั่นคงในชีวิต (2.79) จัดอยู่ในคุณภาพชีวิตระดับปานกลางผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเฉลี่ยต่อคุณภาพชีวิตระดับมาก (3.43) เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตที่ระดับในสำคัญ 0.05

วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางโดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้าน

จิตใจร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 62.6 ตามลำดับและพบว่า ปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะการเงิน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชนะโชค คาวาน (2553) ได้ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปากจังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาแนวทางสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปากจากการศึกษาเป็น 2 ระยะคือระยะที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปากจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 213 คนระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คนผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปากมีคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นในภาพรวมหรือรายด้านซึ่งประกอบด้วยด้าน สุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง

สุพร กุหา (2552) ได้ศึกษาแนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองขาวอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี สะท้อนให้เห็นว่า ควรมีการเสริมสร้างความมั่นคงทางใจให้กับผู้สูงอายุเช่นการจัดโครงการแสดงธรรมเทศนาสำหรับผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน การจัดกิจกรรมกลุ่มชมรมสำหรับผู้สูงอายุตั้งนั้นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุควรที่จะเน้นในลักษณะการจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุการแสดงมุทิตาจิตกับผู้สูงอายุการจัดงานวันคล้ายวันเกิดการจัดกิจกรรมท่องเที่ยวสถานที่สำคัญการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาการทำบุญงานประเพณีวันสำคัญต่างๆควรมีการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมให้กับผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองกับความต้องการทางด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุโดยชุมชนร่วมกับโรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุแสดงออกเช่นการร้องรำทำเพลงการพบปะพูดคุยแสดงความคิดเห็น

ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี (2554) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนจังหวัดชลบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นระดับดีร้อยละ 24.8 และระดับไม่ดียังร้อยละ 11.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ระดับปานกลางได้แก่ด้านร่างกาย สภาพแวดล้อม และจิตใจ ตามลำดับ 25.06 และ 21.15) ส่วนที่อยู่ในระดับดีคือด้านความสัมพันธ์ทางสังคมผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในปัจจัยต่อไปนี้คือ เพศ อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม

ปลื้มใจ ไพจิตร (2558) ได้ศึกษาคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับคุณภาพดี ได้แก่ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อม ผลเปรียบเทียบคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ วุฒิการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้หลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันทำให้คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0 .05

ชุตินเดช เจียนคอน, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร โทวธีระกุล (2554) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายร้อยละ 50.4 และพอใจ ด้านจิตใจร้อยละ 52.7 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมการศึกษา อาชีพ และอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมและ สัมพันธภาพในครอบครัว

สุรจิตต์ วุฒิการณ์, พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง และไพศาล สรรสรวิสุทธิ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนากอำเภอบางมูลนากจังหวัดพิจิตร พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปร พบว่า ตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรคุณภาพชีวิต จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่ผู้สูงอายุแต่ละคนประเมินด้วยตนเอง โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น กาลเวลา วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทำให้คุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันในแต่ละคน เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัย และสถานการณ์เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับ ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิต

ที่แตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ถกัศรดา วลัยกมลลาศ (2556) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลปากบาง อ.เทพา จ.สงขลา ผลการวิจัยพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลปากบาง สามารถปฏิบัติงานได้ตาม ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานและตามมาตรฐานผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน ในส่วนของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขั้นพัฒนา ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและเป็นภารกิจในการพัฒนาระดับการให้บริการ หรือสวัสดิการที่สูงขึ้น หรือก้าวหน้ากว่ามาตรฐานตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน และกำหนดให้มีการจัดหาหรือเลือกกระทาตามศักยภาพที่สามารถทำได้ แต่ก็พบว่ายังไม่สามารถดำเนินงานตามมาตรฐานตัวชี้วัดขั้นพัฒนาได้ทุกตัวชี้วัด ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จึงไม่ใช่เป็นการดำเนินงานของหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียว แต่ต้องมีการร่วมมือกันทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อให้การเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปากบางให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., and Koutsouki, D. (2010) ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแตกต่างในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ และเพื่อศึกษาความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้สูงอายุชาวกรีกจำนวน 180 คน ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 93 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าวมีมาตรวัดเป็น 6 ระดับตั้งแต่สำคัญน้อยที่สุดจนถึงสำคัญมากที่สุด โดยอยู่บนฐานแนวคิดของลิเกิร์ต โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักตั้งแต่ 0.749-0.881 ส่วนแบบวัดความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวมีมาตรวัดเป็น 4 ระดับตั้งแต่ตลอดเวลา จนถึงไม่เคยเกิดขึ้นตามแนวคิดของลิเกิร์ต มีค่าความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.8 ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 120 คน และเป็นเพศหญิง 60 คนสามารถจำแนกเป็นช่วงอายุผู้สูงอายุได้เป็นอายุ 60-74 ปี จำนวน 100 คน และช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป จำนวน 80 คน สถานภาพสมรสจำนวน 118 คน หย่าร้าง 9 คน และเป็นม่าย 53 คน 2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง 3) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป 4) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสมรสสูงกว่าผู้สูงอายุที่หย่าร้าง แต่ผู้สูงอายุที่หย่าร้างมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสถานภาพเป็นม่าย 5) ระดับความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของ

ผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 6) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสซึ่งมีการติดต่อกับลูกหลานจะมีความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหว้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้างและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นม่าย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสถานภาพเป็นม่ายจะมีเจ็บปวดทางจิตใจในเรื่องความโดดเดี่ยวหรือว้าเหว้จากการสูญเสียคนที่รักอย่างเห็นได้ชัด

Chen, J., Murayama, S., and Kamibepu, K. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุของคนจีนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจผู้สูงอายุเพศชายได้แก่อายุ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การมีสถานะทางการเงินที่ดี การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีลูกหลานเป็นเพื่อน และประสิทธิภาพของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง ได้แก่ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีบทบาทในสังคม การทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมกลุ่ม

สรุป

ในการศึกษาวิจัย เรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัย และสามารถนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ต่อเดือนในปัจจุบัน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

ปัจจัยด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แนวคิด ทฤษฎี Schalock, L. R., (2004: 386) ประกอบด้วย ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ในครั้งนี้ ใช้วิทยาการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research Methodology) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี และ 2) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี โดยนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากประสบการณ์จริงมาตรวจสอบกับกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากหลักการ แนวคิด และทฤษฎี ดังนั้น เพื่อให้ผลการวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” ตามหลักการ แนวคิดและวิธีการของนักวิจัยและนักวิชาการต่าง ๆ ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 ดังนี้

การศึกษาวิจัย เรื่อง “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” ใช้วิทยาการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้

การดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพจะศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป มีสัญชาติไทย และเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1) การค้นคว้าเอกสาร (Documentary Research) เป็นการรวบรวม ค้นคว้าข้อมูล เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ และขอบเขตการวิจัยตามที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น รวมทั้ง ข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการเขียนรายงานการวิจัย สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล จากการค้นคว้าเอกสารนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการประมวลวิเคราะห์ และอภิปรายสรุปผลร่วมกันตลอดจน ใช้วิธีการตีความ เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นประโยชน์สามารถนำมาใช้ประกอบการเขียนรายงาน เพื่อให้ได้รายละเอียดที่สมบูรณ์ครบถ้วนมากที่สุด

2) การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) ทั้งนี้ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป มีสัญชาติไทย และเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี เท่านั้น จังหวัดละ 6-8 คน โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ประกอบด้วยหัวข้อการสัมภาษณ์ถึงปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

3) การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่บันทึกไว้ โดยทำการแยกแยะจัดกลุ่มข้อมูล เชื่อมโยงความคิด ขยายความเชื่อมโยง หาความหมายและหาข้อสรุป

2. การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ

ในการวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้ผู้วิจัย ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะของ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วนโดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยใช้วิธี Likert Scale มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบให้ตรงกับที่เป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสม ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎี ของ Schalock, L. R., (2004: 386) ประกอบด้วย

1. ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
3. ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี
4. ด้านสภาพร่างกายที่ดี
5. ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม
6. ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษา เฉพาะผู้สูงอายุ สัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีถิ่นอาศัยอยู่ในประเทศไทย เฉพาะเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีเท่านั้น มีจำนวนทั้งสิ้น 1,394,130 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561ข้อมูล ณ วันที่ 20 มีนาคม 2562)

2. กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เฉพาะผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี เท่านั้น

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.05 หรือที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970: 65) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 400 คน แต่จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (Mailing) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ตอบมักไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร หรือหมายถึงสัดส่วนที่ผู้ตอบจะส่งแบบสอบถามคืน (Response Rate) ก่อนข้างต่ำ ผู้วิจัยจึงประมาณอัตราการตอบกลับเป็น $400 + (400 \times 0.4) = 560$ คน (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2549: 53) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล และเป็นการสำรอง หรือลดความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสอบถาม ของกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่มีการส่งแบบสอบถามคืนค่อนข้างต่ำ และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จากกรณีการตอบแบบสอบถามบางฉบับ ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจำนวนของ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ จำนวน 560 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามไปยังผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 560 คน และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เนื่องจากประชากรในแต่ละแห่ง มีจำนวนไม่เท่ากัน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละช่วงชั้นต่อจำนวนประชากรทั้งหมด เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 560 คน โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อย (บุญมี พันธุ์ไทย, 2554: 31)

$$n_k = \frac{n N_k}{N}$$

เมื่อ n_k = จำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

N_k = จำนวนประชากรในแต่ละใน แต่ละจังหวัด

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

จากการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างย่อยดังกล่าวข้างต้น จะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 560คน ปรากฏดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

	จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายรรวม (คน)	กลุ่มตัวอย่าง
1.	กรุงเทพมหานคร	1,020,917	410
2.	ปทุมธานี	154,239	62
3.	นนทบุรี	218,974	88
	รวม	1,394,130	560

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561 ข้อมูล ณ วันที่ 20 มีนาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสม ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎี ของ Schallock, L. R., (2004: 386) ประกอบด้วย

1. ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
3. ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี
4. ด้านสภาพร่างกายที่ดี
5. ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม
6. ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC)

ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะของ ยุทธ กัลยวรรณ (2546: 87) แปลความหมายของคะแนน ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน คำนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับนิยามศัพท์
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยการให้คะแนนในระบบ IOC ของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละท่านใช้เกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดไม่ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ส่วนที่มีค่าน้อยกว่า 0.6 นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ (ยุทธ กัลยวรรณ, 2546: 63)

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) แล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (ยุทธ กัลยวรรณ, 2543: 76) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
 n แทน จำนวนข้อของเครื่องมือ
 S_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
 S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำจดหมายแนะนำตัว เพื่อขอความอนุเคราะห์สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล จากมหาวิทยาลัยศรีปทุม ไปยังสมาคมผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามไปยังสมาคมผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในบางส่วน และ

บางส่วนจะใช้การส่งทางไปรษณีย์ให้กับผู้ประสานงานซึ่งปฏิบัติงานอยู่ภายในสมาคมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ยังไม่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยจะดำเนินการติดตามครั้งที่ 2 และ 3 โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ส่งแบบสอบถามไปให้ใหม่ โทรศัพท์สอบถาม และติดตามด้วยตนเอง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 400 ชุด มาวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปดังนี้

1. การตรวจแบบสอบถามและการให้คะแนน

1.1 ตรวจความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1.2 แบบสอบถามด้านความคาดหวังของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตราวัดของ Likert โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

2. เกณฑ์ในการให้คะแนน

การให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนน สำหรับข้อคำถามโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 หมายความว่า มีระดับความคิดเห็นอยู่ใน ระดับมากที่สุด

4 หมายความว่า มีระดับความคิดเห็นอยู่ใน ระดับมาก

3 หมายความว่า มีระดับความคิดเห็นอยู่ใน ระดับปานกลาง

2 หมายความว่า มีระดับความคิดเห็นอยู่ใน ระดับน้อย

1 หมายความว่า มีระดับความคิดเห็นอยู่ใน ระดับน้อยที่สุด

3. การแปลความหมายคะแนน

กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ใน
ระดับ มากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ใน
ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ใน
ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ใน
ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ใน
ระดับน้อยที่สุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับ
ทั้งหมด นำมาวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัย โดย
กำหนดระดับความมีนัยสำคัญ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐาน
ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในปัจจุบัน

2. ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ S.D.) ใช้สำหรับ
วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านความคาดหวังของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านคุณภาพใน
การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

3. ใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) สำหรับค่า
นัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้กำหนดไว้ที่ระดับ .05 และ .01

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมุ่งศึกษา (1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี (2) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.860 จำนวน 400 ฉบับ ได้รับกลับคืนและมีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทั้ง 384 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96 ผู้วิจัยดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่าง ๆ และนำเสนอผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 4 สรุปสมมติฐานการวิจัย

เพื่อความสะดวกในการนำเสนอข้อมูลผลการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลความหมาย ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์แทนค่าสถิติในการนำเสนอ ดังนี้

\bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย

S.D. แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

df แทน Degree of Freedom

SS แทน Sum of Squares

MS แทน Mean Square

F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาความมีนัยสำคัญจากการแจกแจงแบบ F

t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาความมีนัยสำคัญจากการแจกแจงแบบ t

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

P-value แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาความเป็นนัยสำคัญจากการแจกแจง
	Sig. (2-tailed)
** แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
* แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยวิเคราะห์เพื่อหาค่าสถิติพื้นฐานปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปรากฏผล ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=384)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	34.40
หญิง	252	65.60
อายุ		
60-65 ปี	113	29.40
66-70 ปี	109	28.40
71-75 ปี	42	10.90
76-80 ปี	66	17.20
80 ปีขึ้นไป	54	14.10
สถานภาพการสมรส		
โสด	70	18.20
สมรส	202	52.60
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	112	29.20

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=384)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยม	209	54.40
มัธยมต้น	104	27.10
มัธยมปลาย	63	16.40
ปริญญาตรี	8	2.10
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	246	64.10
5,001-10,000 บาท	61	15.90
10,001-15,000 บาท	34	8.90
15,001 บาทขึ้นไป	43	11.20

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปมีดังนี้

1. เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 และเป็นเพศชาย จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 34.40 ตามลำดับ
2. อายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 29.40 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 66-70 ปี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 28.40 ช่วงอายุ 76-80 ปี จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 ช่วงอายุ 81 ปีขึ้นไป จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 14.10 และช่วงอายุ 71-75 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 10.90 ตามลำดับ
3. สถานภาพการสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 52.60 รองลงมาคือ หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 29.20 และ โสด จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 ตามลำดับ
4. ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 54.40 รองลงไปคือ ระดับมัธยมต้น จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 27.10 ระดับมัธยมปลาย จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 16.40 และระดับปริญญาตรี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 2.10 ตามลำดับ
5. รายได้เฉลี่ยต่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 246 คน คิดเป็นร้อยละ 64.10 รองลงมาคือ ช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 61 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.90 ช่วง 15,001 บาทขึ้นไป จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.20 และช่วง 10,001-15,000 บาท จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.90 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี

ผู้วิจัยวิเคราะห์เพื่อหาค่าสถิติพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ปรากฏผลดังตารางที่ 4.2-4.8

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ภาพรวมทุกด้าน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ค่าสถิติ		แปลผล	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	3.41	0.48	ปานกลาง	4
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.62	0.44	มาก	1
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	3.19	0.59	ปานกลาง	6
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.49	0.58	ปานกลาง	3
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.33	0.53	ปานกลาง	5
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	3.52	0.44	มาก	2
เฉลี่ยรวม	3.43	0.38	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.2 พบว่า โดยภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.43$, S.D.=0.38) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด คือ ด้านสภาพร่างกายที่ดี ($\bar{X}=3.62$, S.D.=0.44) รองลงไปที่ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.44) ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ($\bar{X}=3.49$, S.D.=0.58) ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ($\bar{X}=3.41$, S.D.=0.48) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X}=3.33$, S.D.=0.53) และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ($\bar{X}=3.19$, S.D.=0.59) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายละเอียดรายด้าน และรายข้อ ปรากฏดังตารางที่ 4.3 ถึง 4.8 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย
กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	ค่าสถิติ		แปลผล	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
1. ปัจจุบันท่านยังประกอบอาชีพหลักอยู่	3.54	1.20	มาก	7
2. ปัจจุบันท่านยังมีอาชีพเสริมรายได้อยู่	2.98	1.05	ปานกลาง	15
3. ปัจจุบันท่านยังมีความต้องการได้รับการอบรมอาชีพ เสริม เพื่อสร้างรายได้	2.88	1.09	ปานกลาง	16
4. ปัจจุบันท่านมีรายได้ด้วยตนเองเพียงพอต่อการดำรงชีพ	3.64	1.07	มาก	5
5. รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้องพึ่งพาอาศัย ลูกหลานอยู่	3.26	1.11	ปานกลาง	12
6. ท่านมีเงินเก็บสะสมเพื่อการดำรงชีพ	3.51	1.07	มาก	8
7. ปัจจุบันรายจ่ายของท่านเพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่	3.60	0.86	มาก	6
8. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลด้วย ตนเอง	3.16	1.01	ปานกลาง	13
9. เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงานการกุศลต่าง ๆ จำเป็น ต้องพึ่งเงินจากลูกหลาน	3.30	1.03	ปานกลาง	11
10. ปัจจุบันท่านยังมีภาวะหนี้สิน จะต้องจ่ายเป็นประจำ	3.03	1.09	ปานกลาง	14
11. เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมาท่านยังต้องพึ่งค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน	3.34	1.01	ปานกลาง	9
12. ท่านสนใจการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	4.21	0.88	มาก	2
13. อาหารที่ท่านรับประทานในแต่ละวันมีผักและผลไม้ รวมอยู่ ด้วย	4.26	0.81	มาก	1
14. ท่านไม่ชอบรับประทานอาหารประเภทมีไขมันสูง	3.86	1.04	มาก	3
15. อาหารที่ท่านชอบรับประทานมักมีรสจัด	3.32	1.00	ปานกลาง	10
16. ห้องน้ำ ในบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ ไม่สะดวกต่อการใช้อาจทำ ให้เกิดอันตรายต่อตัวท่าน	2.87	1.19	ปานกลาง	17
17. ท่านมีความวิตกกังวลในเรื่องอุบัติเหตุขณะใช้ ห้องน้ำ ที่บ้าน	2.82	1.10	ปานกลาง	18
18. ห้องน้ำที่บ้านมีความสะอาดถูกสุขลักษณะเหมาะสมสำหรับท่าน	3.82	0.78	มาก	4
เฉลี่ยรวม	3.41	0.48	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.3 พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.41$, S.D.=0.48) เมื่อพิจารณา รายชื่อ พบว่า มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ อาหารที่ท่านรับประทานในแต่ละวันมีผักและผลไม้ รวมอยู่ด้วย ($\bar{X}=4.26$, S.D.=0.81) ท่านสนใจ การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ($\bar{X}=4.21$, S.D.=0.88) ท่านไม่ชอบรับประทานอาหารประเภท มีไขมันสูง ($\bar{X}=3.86$, S.D.=1.04) ห้องน้ำที่บ้านมีความสะอาดถูกสุขลักษณะเหมาะสมสำหรับท่าน ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.78) ปัจจุบันท่านมีรายได้ด้วยตนเองเพียงพอต่อการดำรงชีพ ($\bar{X}=3.64$, S.D.=1.07) ปัจจุบันรายจ่ายของท่านเพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่ ($\bar{X}=3.60$, S.D.=0.86) ปัจจุบันท่านยังประกอบ อาชีพหลักอยู่ ($\bar{X}=3.54$, S.D.=1.20) ท่านมีเงินเก็บสะสมเพื่อการดำรงชีพ ($\bar{X}=3.51$, S.D.=1.07) และมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง 10 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมาท่านยังต้องพึ่งค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน ($\bar{X}=3.34$, S.D.=1.01) อาหารที่ท่านชอบรับประทานมักมีรสจัด ($\bar{X}=3.32$, S.D.=1.00) เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงาน การกุศลต่าง ๆ จำเป็นต้องพึ่งเงินจากลูกหลาน ($\bar{X}=3.30$, S.D.=1.03) รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้อง พึ่งพาอาศัย ลูกหลานอยู่ ($\bar{X}=3.26$, S.D.=1.11) เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ด้วยตนเอง ($\bar{X}=3.16$, S.D.=1.01) ปัจจุบันท่านยังมีภาวะหนี้สิน จะต้องจ่ายเป็นประจำ ($\bar{X}=3.03$, S.D.=1.09) ปัจจุบันท่านยังมีอาชีพเสริมรายได้อยู่ ($\bar{X}=2.98$, S.D.=1.05) ปัจจุบันท่านยังมีความ ต้องการได้รับการอบรมอาชีพ เสริมเพื่อสร้างรายได้ ($\bar{X}=2.88$, S.D.=1.09) ห้องน้ำ ในบ้านที่ท่าน อาศัยอยู่ ไม่สะดวกต่อการใช้ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวท่าน ($\bar{X}=2.87$, S.D.=1.19) ท่านมีความ วิตกกังวลในเรื่องอุบัติเหตุขณะใช้ ห้องน้ำที่บ้าน ($\bar{X}=3.19$, S.D.=0.59) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย
กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านสภาพร่างกายที่ดี

ด้านสภาพร่างกายที่ดี	ค่าสถิติ		แปลผล	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
19. ท่านตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ	4.23	0.85	มาก	3
20. ท่านมีเวลาในการออกกำลังกาย	3.33	1.00	ปานกลาง	10
21. ท่านมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเอง	4.06	0.87	มาก	4
22. ท่านอ่านข่าวสารเรื่องสุขภาพ	3.15	1.04	ปานกลาง	12
23. ท่านมักจะเจ็บไข้ได้ป่วย	2.99	1.12	ปานกลาง	14
24. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.34	0.91	มาก	2
25. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่	4.38	0.97	มาก	1
26. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง คอเรสเตอรอลสูง อาหารหรือขนมที่มีความหวานมาก	3.99	0.70	มาก	6
27. ท่านเดินทางไปที่ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	3.73	0.93	มาก	7
28. ท่านไม่ชอบกิจกรรมที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย	3.06	1.12	ปานกลาง	13
29. ท่านได้รับข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน	3.35	0.93	ปานกลาง	9
30. ท่านได้รับรู้ข่าวสารทางสุขภาพจากครอบครัว ญาติมิตร	3.52	0.83	มาก	8
31. ท่านไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ	2.97	0.83	ปานกลาง	15
32. ปัจจุบันหน่วยราชการและเอกชนให้การสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพแก่ท่าน	3.23	1.04	ปานกลาง	11
33. ท่านปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง	4.01	0.96	มาก	5
เฉลี่ยรวม	3.62	0.44	มาก	

จากตารางที่ 4.4 พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายที่ดี อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.62$, S.D.=0.44) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก 8 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่ ($\bar{X}=4.38$, S.D.=0.97) ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{X}=4.34$, S.D.=0.91) ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำ ($\bar{X}=4.23$, S.D.=0.85) ท่านมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเอง ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.87) ท่านปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ($\bar{X}=4.01$, S.D.=0.96) ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มี ไขมันสูง คอเรสเตอรอลสูง อาหารหรือขนมที่มีความหวานมาก ($\bar{X}=3.99$, S.D.=0.70) ท่านเดินทางไปต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ($\bar{X}=3.73$, S.D.=0.93) ท่านได้รับรู้ข่าวสารทางสุขภาพจากครอบครัว ญาติมิตร ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.83) และมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง 7 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน สถานการณ์ปัจจุบัน ($\bar{X}=3.35$, S.D.=0.93) ท่านมีเวลาในการออกกำลังกาย ($\bar{X}=3.33$, S.D.=1.00) ปัจจุบันหน่วยราชการและเอกชนให้การสนับสนุนส่งเสริม สุขภาพแก่ท่าน ($\bar{X}=3.23$, S.D.=1.04) ท่านอ่านข่าวสารเรื่องสุขภาพ ($\bar{X}=3.15$, S.D.=1.04) ท่านไม่ชอบกิจกรรมที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ($\bar{X}=3.069$, S.D.=1.12) ท่านมักจะเจ็บไข้ได้ป่วย ($\bar{X}=2.99$, S.D.=1.12) ท่านไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ ($\bar{X}=2.97$, S.D.=0.83) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย
กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	ค่าสถิติ		แปลผล	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
34. ท่านมักจะทำตามสิ่งที่ท่านตั้งใจ แม้ว่าจะมีคนอื่นไม่เห็นด้วยก็ตาม	3.44	0.94	ปานกลาง	4
35. ท่านต้องทำสิ่งที่ท่านรู้สึกฝืนใจ	2.73	1.11	ปานกลาง	9
36. ท่านขาดความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านอยากจะทำ	2.99	0.90	ปานกลาง	7
37. ท่านจะแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมที่ท่านไม่เห็นด้วยว่าต้องทำ	2.93	0.95	ปานกลาง	8
38. ท่านมักจะได้สิ่งที่ท่านไม่ต้องการ	3.04	1.17	ปานกลาง	6
39. ท่านสามารถเลือกทำในสิ่งที่ท่านปรารถนาหรือต้องการ	3.55	0.91	มาก	2
40. ท่านไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ กับคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนสนิท	3.15	0.99	ปานกลาง	5
41. ท่านสามารถกำหนดสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง	3.97	0.83	มาก	1
42. ท่านตัดสินใจที่จะทำ หรือไม่ทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง	3.46	0.86	ปานกลาง	3
43. ท่านชอบปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อื่นมากกว่าที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง	2.68	1.08	ปานกลาง	10
เฉลี่ยรวม	3.19	0.59	มาก	

จากตารางที่ 4.5 พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.19$, S.D.=0.59) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านสามารถกำหนดสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ($\bar{X}=3.97$, S.D.=0.83) ท่านสามารถเลือกทำในสิ่งที่ท่านปรารถนาหรือต้องการ ($\bar{X}=3.55$, S.D.=0.91) และมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง 8 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านตัดสินใจที่จะทำหรือไม่ทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ($\bar{X}=3.46$, S.D.=0.86) ท่านมักจะทำตามสิ่งที่ท่านตั้งใจ แม้ว่าจะมีคนอื่นไม่

เห็นด้วยก็ตาม ($\bar{X}=3.44$, S.D.=0.94) ท่านไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ กับคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนสนิท ($\bar{X}=3.15$, S.D.=0.99) ท่านมักจะได้สิ่งที่ท่านไม่ต้องการ ($\bar{X}=3.04$, S.D.=1.17) ท่านขาดความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านอยากจะทำ ($\bar{X}=2.99$, S.D.=0.90) ท่านจะแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมที่ท่านไม่เห็นด้วยว่าต้องทำ ($\bar{X}=2.93$, S.D.=0.95) ท่านต้องทำสิ่งที่ท่านรู้สึกฝืนใจ ($\bar{X}=2.73$, S.D.=1.11) ท่านชอบปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อื่นมากกว่าที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง ($\bar{X}=2.68$, S.D.=1.08) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ภูมิภาคศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	ค่าสถิติ		แปลผล	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
44. ท่านมักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่าง ๆ	3.42	0.96	ปานกลาง	6
45. ท่านได้รับการเลือกทางสังคม เช่น เป็นที่ปรึกษากรรมการ ชุมชน วัด โรงเรียน สมาคมศิษย์เก่า	3.09	1.04	ปานกลาง	9
46. ท่านมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เช่น ไปพบปะ สังสรรค์ รับประทานอาหาร ร่วมประชุมกลุ่มงานเลี้ยง งานศพ	3.89	0.86	มาก	2
47. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนของท่านจัดอย่างสม่ำเสมอ	3.42	0.95	ปานกลาง	7
48. ท่านได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่	3.93	1.19	มาก	1
49. ท่านมีกลุ่มเพื่อนในชุมชนในการพบปะพูดคุย	3.59	0.78	มาก	4
50. ท่านให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น	3.27	0.89	ปานกลาง	8
51. ท่านรักษาผลประโยชน์ของชุมชน	3.52	0.87	มาก	5
52. คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน	3.74	0.83	มาก	3
53. ท่านคิดว่า ท่านไม่มีความผูกพันกับชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่	3.04	1.06	ปานกลาง	10
เฉลี่ยรวม	3.49	0.58	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.6 พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, S.D.=0.58) เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก 5 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ ($\bar{X}=3.93$, S.D.=1.19) ท่านมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เช่น ไปพบปะสังสรรค์ รับประทานอาหาร ร่วมประชุมกลุ่มงานเลี้ยง งานศพ

($\bar{X}=3.89$, S.D.=0.86) คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน ($\bar{X}=3.74$, S.D.=0.83) ท่านมีกลุ่มเพื่อนในชุมชนในการพบปะพูดคุย ($\bar{X}=3.59$, S.D.=0.78) ท่านรักษาผลประโยชน์ของชุมชน ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.87) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 5 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านมักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่าง ๆ ($\bar{X}=3.42$, S.D.=0.96) ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนของท่านจัดอย่างสม่ำเสมอ ($\bar{X}=3.42$, S.D.=0.95) ท่านให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น ($\bar{X}=3.27$, S.D.=0.89) ท่านได้รับการเลือกทางสังคม เช่น เป็นที่ปรึกษากรรมการ ชุมชน วัด โรงเรียน สมาคมศิษย์เก่า ($\bar{X}=3.09$, S.D.=1.04) ท่านคิดว่า ท่านไม่มีความผูกพันกับชุมชนที่อาศัยอยู่ ($\bar{X}=3.04$, S.D.=1.06) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย
กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ค่าสถิติ		แปลผล	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
54. เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่านดี	3.93	0.90	มาก	1
55. ท่านชอบเพื่อนบ้านของท่าน	3.64	0.78	มาก	2
56. ท่านกับเพื่อนของท่านได้มีการติดต่อกัน	3.43	0.89	ปานกลาง	3
57. ท่านมีกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนของท่าน	3.14	0.90	ปานกลาง	8
58. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านสามารถปรับทุกข์กับเพื่อนของท่านได้	3.20	0.97	ปานกลาง	7
59. เมื่อท่านเจ็บป่วย เพื่อนของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน	3.35	0.74	ปานกลาง	4
60. เพื่อนเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับท่าน	3.32	0.96	ปานกลาง	5
61. ท่านมีการวางแผนในการไปเที่ยวกับเพื่อน ๆ ของท่าน	3.01	0.96	ปานกลาง	10
62. ท่านมีโอกาไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร	3.06	0.94	ปานกลาง	9
63. ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมเยียนท่าน	3.24	1.01	ปานกลาง	6
เฉลี่ยรวม	3.33	0.53	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.7 พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.33$, S.D.=0.53) เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก 2 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่านดี ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.19) ท่านชอบเพื่อนบ้านของท่าน ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.78) และมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง 8 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านกับเพื่อนของท่านได้มีการติดต่อกัน ($\bar{X}=3.43$, S.D.=0.89) เมื่อท่านเจ็บป่วย เพื่อนของท่านได้ ไปเยี่ยมเยียนท่าน ($\bar{X}=3.35$, S.D.=0.74) เพื่อนเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับท่าน ($\bar{X}=3.32$, S.D.=0.96) ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมเยียนท่าน ($\bar{X}=3.24$, S.D.=1.01) เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านสามารถ ปรับทุกข์กับ เพื่อนของท่านได้ ($\bar{X}=3.20$, S.D.=0.97) ท่านมีกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนของท่าน ($\bar{X}=3.14$, S.D.=0.90) ท่านมีโอกาสไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร ($\bar{X}=3.06$, S.D.=0.94) ท่านมีการวางแผน ในการไปเที่ยวกับเพื่อน ๆ ของท่าน ($\bar{X}=3.01$, S.D.=0.96) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ภูมิภาคศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี

ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	ค่าสถิติ		แปลผล	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
64. ท่านมีความสุขกับสิ่งรอบข้าง	4.38	0.79	มาก	1
65. ท่านเข้ากับคนอื่นได้ง่าย	4.03	0.73	มาก	5
66. ท่านรู้สึกแจ่มใส เบิกบานกับสิ่งรอบข้าง	4.26	0.76	มาก	2
67. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในสิ่งต่าง ๆ	2.88	1.25	ปานกลาง	9
68. ถ้าย่นเวลาได้ ท่านอยากเปลี่ยนอดีตที่ผ่านมา	3.22	1.02	ปานกลาง	7
69. ท่านรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว	2.83	1.13	ปานกลาง	10
70. ท่านคิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ	2.77	1.14	ปานกลาง	11
71. ท่านสามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองได้	4.18	0.80	มาก	3
72. ท่านพร้อมที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต	3.94	0.72	มาก	6
73. ท่านพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	4.18	0.76	มาก	4
74. ท่านมักจะเครียดในสิ่งต่าง ๆ รอบข้างตัวท่าน	2.99	0.86	ปานกลาง	8
75. ท่านไม่สบายใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	2.65	1.07	ปานกลาง	12
เฉลี่ยรวม	3.52	0.44	ปานกลาง	

จากตารางที่ 4.8 พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพอารมณ์ที่ดี อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.44) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก 6 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ท่านมีความสุขกับสิ่งรอบข้าง ($\bar{X}=4.38$, S.D.=0.79) ท่านรู้สึกแจ่มใส เบิกบานกับสิ่งรอบข้าง ($\bar{X}=4.26$, S.D.=0.76) ท่านสามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองได้ ($\bar{X}=4.18$, S.D.=0.80) ท่านพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ($\bar{X}=4.18$, S.D.=0.76) ท่านเข้ากับคนอื่นได้ง่าย ($\bar{X}=4.03$, S.D.=0.73) ท่านพร้อมที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ($\bar{X}=3.94$, S.D.=0.72) และมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง 8 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด คือ ถ้าย้อนเวลาได้ ท่านอยากเปลี่ยนอดีตที่ผ่านมา ($\bar{X}=3.22$, S.D.=1.02) ท่านมักจะเครียดในสิ่งต่าง ๆ รอบข้างตัวท่าน ($\bar{X}=2.99$, S.D.=0.86) ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในสิ่งต่าง ๆ ($\bar{X}=2.88$, S.D.=1.25) ท่านรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ($\bar{X}=2.83$, S.D.=1.13) ท่านคิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ ($\bar{X}=2.77$, S.D.=1.14) ท่านไม่สบายใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ($\bar{X}=2.65$, S.D.=1.07) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปรากฏดังตารางที่ 4.9-4.20

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบประคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามเพศ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ชาย (n=132)		หญิง (n=252)		t	p-value	ผลการทดสอบ
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	3.37	0.44	3.43	0.49	-1.199	0.232	ไม่แตกต่าง
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.54	0.44	3.66	0.43	-2.378	0.018	แตกต่าง
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	3.22	0.47	3.17	0.64	0.777	0.438	ไม่แตกต่าง
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.59	0.66	3.44	0.52	2.427	0.016	แตกต่าง
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.21	0.49	3.39	0.52	-3.178	0.002	แตกต่าง
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	3.52	0.43	3.52	0.43	0.010	0.992	ไม่แตกต่าง
ภาพรวม 6 ด้าน	3.41	0.33	3.43	0.40	-0.660	0.510	ไม่แตกต่าง

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.14 พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่เป็นเพศหญิง (3.43) มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย (3.41) และผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ($t = -0.660$, $p\text{-value} = 0.510$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน 1.1 ที่ว่า

ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายที่ดี ($t = -2.378$, $p\text{-value} = 0.018$) ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ($t = 2.427$, $p\text{-value} = 0.016$) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($t = -3.178$, $p\text{-value} = 0.002$) เท่านั้นที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบประคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุฯ	60-65 ปี		66-70 ปี		71-75 ปี		76-80 ปี		80 ปีขึ้นไป	
	(n=113)		(n=109)		(n=42)		(n=66)		(n=54)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	3.36	0.33	3.40	0.44	3.59	0.53	3.28	0.58	3.52	0.55
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.62	0.34	3.56	0.35	3.82	0.32	3.54	0.61	3.65	0.58
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	3.11	0.43	3.05	0.44	3.22	0.73	3.24	0.72	3.56	0.68
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.48	0.66	3.32	0.42	3.74	0.47	3.50	0.62	3.62	0.59
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.35	0.41	3.25	0.40	3.42	0.53	3.26	0.64	3.46	0.70
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	3.54	0.39	3.54	0.38	3.49	0.43	3.54	0.54	3.44	0.48
ภาพรวม 6 ด้าน	3.41	0.27	3.35	0.28	3.55	0.39	3.33	0.50	3.54	0.49

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีอายุ 71-75 ปี (3.55) มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มี อายุ 60-65 ปี (3.41) อายุ 66-70 ปี (3.35) อายุ 76-80 ปี (3.33) และอายุ 80 ปีขึ้นไป (3.54) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ปรากฏดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามอายุ

คุณภาพชีวิตฯ	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	p-value
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	3.324	4	.831	3.755	.005
	ภายในกลุ่ม	83.861	379	.221		
	รวม	87.185	383			
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	2.487	4	.622	3.218	.013
	ภายในกลุ่ม	73.202	379	.193		
	รวม	75.689	383			
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	10.607	4	2.652	8.132	.000
	ภายในกลุ่ม	123.595	379	.326		
	รวม	134.202	383			
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	6.476	4	1.619	5.020	.001
	ภายในกลุ่ม	122.232	379	.323		
	รวม	128.708	383			
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	2.323	4	.581	2.130	.076
	ภายในกลุ่ม	103.328	379	.273		
	รวม	105.651	383			
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.555	4	.139	.728	.574
	ภายในกลุ่ม	72.215	379	.191		
	รวม	72.770	383			
ในภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	1.972	4	.493	3.477	.008
	ภายในกลุ่ม	53.747	379	.142		
	รวม	55.720	383			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.11 ผลการทดสอบ พบว่า ค่า p-value (Sig.) ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ($F= 3.477, p\text{-value} = 0.008$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน 1.2 ที่ว่า

ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อพบนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ได้ผลการทดสอบปรากฏดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe's Method) จำแนกตามอายุ

คุณภาพชีวิตฯ	อายุ	60-65ปี	66-70ปี	71-75ปี	76-80ปี	80ปีขึ้นไป
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	60-65ปี	-	0.03039	0.22155*	0.08520	0.15498*
	66-70ปี	-	-	0.19117*	0.11559	0.12459
	71-75ปี	-	-	-	0.30676*	0.06658
	76-80ปี	-	-	-	-	0.24018*
	80ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	60-65ปี	-	0.06071	0.19808*	0.08042	0.02171
	66-70ปี	-	-	0.25879*	0.01971	0.08242
	71-75ปี	-	-	-	0.27850*	0.17637
	76-80ปี	-	-	-	-	0.10213
	80ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	60-65ปี	-	0.06016	0.11795	0.13484	0.45234*
	66-70ปี	-	-	0.17811	0.19500	0.51250*
	71-75ปี	-	-	-	0.01688	0.33439*
	76-80ปี	-	-	-	-	0.31751*
	80ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	60-65ปี	-	0.15978*	0.25326*	0.01542	0.13538
	66-70ปี	-	-	0.41304*	0.17520*	0.29517*
	71-75ปี	-	-	-	0.23784*	0.11788
	76-80ปี	-	-	-	-	0.11996
	80ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-
ภาพรวม 6 ด้าน	60-65ปี	-	0.05757	0.13532*	0.01720	0.12863*
	66-70ปี	-	-	0.19289*	0.04037	0.18621*
	71-75ปี	-	-	-	0.15252*	0.00669
	76-80ปี	-	-	-	-	0.14583*
	80ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ในภาพรวม มีจำนวน 6 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ อายุ 60-65 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.13532) อายุ 60-65 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.12863) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.19289) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.18621) อายุ 71-75 ปีกับอายุ 76-80 ปี (0.15252) และอายุ 76-80 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.14583) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี พบว่า มีจำนวน 5 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ อายุ 60-65 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.22155) อายุ 60-65 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.15498) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.19117) อายุ 71-75 ปีกับอายุ 76-80 ปี (0.30676) และอายุ 76-80 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.24018) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสภาพร่างกายที่ดี พบว่า มีจำนวน 3 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ อายุ 60-65 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.19808) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.25879) และอายุ 71-75 ปีกับอายุ 76-80 ปี (0.27850) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง พบว่า มีจำนวน 4 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ อายุ 60-65 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.45234) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.51250) อายุ 71-75 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.33439) และอายุ 76-80 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.31751) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม พบว่า มีจำนวน 6 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ อายุ 60-65 ปีกับอายุ 66-70 ปี (0.15978) อายุ 60-65 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.25326) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 71-75 ปี (0.41304) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 46-80 ปี (0.17520) อายุ 66-70 ปีกับอายุ 80 ปีขึ้นไป (0.29517) และอายุ 71-75 ปีกับอายุ 76-80 ปี (0.23784) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.13 การเปรียบเทียบระคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพการสมรส

คุณภาพชีวิตฯ	โสด		สมรส		หย่า/หม้าย/แยก	
	(n=70)		(n=202)		(n=112)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	3.63	0.57	3.37	0.41	3.32	0.46
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.81	0.55	3.56	0.42	3.61	0.35
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	3.58	0.67	3.12	0.58	3.07	0.44
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.65	0.62	3.44	0.62	3.46	0.44
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.68	0.57	3.27	0.49	3.22	0.45
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	3.52	0.43	3.56	0.43	3.46	0.43
รวม	3.64	0.47	3.38	0.37	3.36	0.26

จากตารางที่ 4.13 พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีสถานภาพโสด (3.64) มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส (3.38) และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ (3.36) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ปรากฏดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามสถานภาพสมรส

คุณภาพชีวิตฯ	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	p-value
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	4.640	2	2.320	10.708	.000
	ภายในกลุ่ม	82.545	381	.217		
	รวม	87.185	383			
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	3.353	2	1.677	8.831	.000
	ภายในกลุ่ม	72.336	381	.190		
	รวม	75.689	383			
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	13.315	2	6.658	20.983	.000
	ภายในกลุ่ม	120.887	381	.317		
	รวม	134.202	383			
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2.354	2	1.177	3.549	.030
	ภายในกลุ่ม	126.354	381	.332		
	รวม	128.708	383			
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	10.601	2	5.300	21.246	.000
	ภายในกลุ่ม	95.051	381	.249		
	รวม	105.651	383			
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.778	2	.389	2.058	.129
	ภายในกลุ่ม	71.992	381	.189		
	รวม	72.770	383			
ในภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	4.210	2	2.105	15.570	.000
	ภายในกลุ่ม	51.510	381	.135		
	รวม	55.720	383			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.14 ผลการทดสอบ พบว่า ค่า p-value (Sig.) ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ($F= 15.570$, $p\text{-value} = 0.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน 1.3 ที่ว่า

ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อพบนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ได้ผลการทดสอบปรากฏดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe's Method) จำแนกตามสถานภาพสมรส

คุณภาพชีวิตฯ	สถานภาพ	โสด	สมรส	หยา/หม้ายฯ
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	โสด	-	0.26430*	0.30903*
	สมรส	-	-	0.04473
	หยา/หม้าย/แยก	-	-	-
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	โสด	-	0.25356*	0.20000*
	สมรส	-	-	0.05356
	หยา/หม้าย/แยก	-	-	-
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	โสด	-	0.46492*	0.50714*
	สมรส	-	-	0.04222
	หยา/หม้าย/แยก	-	-	-
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	โสด	-	0.20920*	0.18685
	สมรส	-	-	0.02236
	หยา/หม้าย/แยก	-	-	-
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	โสด	-	0.41003*	0.45766*
	สมรส	-	-	0.04764
	หยา/หม้าย/แยก	-	-	-
ภาพรวม	โสด	-	0.25984*	0.28691*
	สมรส	-	-	0.02707
	หยา/หม้าย/แยก	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ในภาพรวม มีจำนวน 2 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ สถานภาพโสดกับสถานภาพสมรส (0.26430) และสถานภาพโสดกับสถานภาพหยา/หม้าย/แยกกันอยู่ (0.30903) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี พบว่า มีจำนวน 2 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ สถานภาพโสดกับสถานภาพสมรส (0.26430) และสถานภาพโสดกับสถานภาพหยา/หม้าย/แยกกันอยู่ (0.30903) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสภาพร่างกายที่ดี พบว่า มีจำนวน 2 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ สถานภาพโสดกับสถานภาพสมรส (0.25356) และสถานภาพโสดกับสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ (0.20000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง พบว่า มีจำนวน 2 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ สถานภาพโสดกับสถานภาพสมรส (0.46492) และสถานภาพโสดกับสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ (0.50714) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม พบว่า มีจำนวน 1 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ สถานภาพโสดกับสถานภาพสมรส (0.20920) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า มีจำนวน 2 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ สถานภาพโสดกับสถานภาพสมรส (0.41003) และสถานภาพโสดกับสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ (0.45766) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบประคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

คุณภาพชีวิตฯ	ต่ำกว่ามัธยม		มัธยมต้น		มัธยมปลาย		ปริญญาตรี	
	(n=209)		(n=104)		(n=63)		(n=8)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	3.38	0.45	3.42	0.56	3.46	0.39	3.34	0.40
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.59	0.42	3.63	0.50	3.64	0.42	3.88	0.12
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	3.17	0.52	3.25	0.69	3.18	0.64	3.00	0.13
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.39	0.64	3.60	0.51	3.60	0.38	3.65	0.53
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.28	0.49	3.39	0.61	3.34	0.47	3.62	0.46
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	3.56	0.40	3.49	0.40	3.46	0.56	3.39	0.73
รวม	3.40	0.35	3.46	0.44	3.45	0.36	3.48	0.98

จากตารางที่ 4.16 พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (3.48) มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยม (3.40) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น (3.46) และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย (3.45) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ปรากฏดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

คุณภาพชีวิตฯ	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	p-value
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.339	3	.113	.494	.687
	ภายในกลุ่ม	86.847	380	.229		
	รวม	87.185	383			
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.726	3	.242	1.226	.300
	ภายในกลุ่ม	74.963	380	.197		
	รวม	75.689	383			
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	.770	3	.257	.731	.534
	ภายในกลุ่ม	133.433	380	.351		
	รวม	134.202	383			
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	4.211	3	1.404	4.284	.005
	ภายในกลุ่ม	124.497	380	.328		
	รวม	128.708	383			
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	1.560	3	.520	1.898	.129
	ภายในกลุ่ม	104.091	380	.274		
	รวม	105.651	383			
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.693	3	.231	1.218	.303
	ภายในกลุ่ม	72.077	380	.190		
	รวม	72.770	383			
ในภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	.384	3	.128	.880	.452
	ภายในกลุ่ม	55.336	380	.146		
	รวม	55.720	383			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.17 ผลการทดสอบ พบว่า ค่า p-value (Sig.) ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($F= 0.880$, $p\text{-value} = 0.452$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน 1.4 ที่ว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อในภาพรวม พบว่า ไม่นัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงไม่ต้องทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe's Method)

ตารางที่ 4.18 การเปรียบเทียบประคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

คุณภาพชีวิตฯ	ต่ำกว่า 5000		5001-10000		10001-15000		15001 ขึ้นไป	
	(n=246)		(n=61)		(n=34)		(n=43)	
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	3.32	0.42	3.38	0.50	3.91	0.57	3.52	0.36
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.60	0.41	3.61	0.51	3.90	0.36	3.53	0.49
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	3.06	0.51	3.29	0.74	3.58	0.52	3.47	0.56
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.48	0.60	3.42	0.58	3.72	0.40	3.42	0.48
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.19	0.49	3.53	0.54	3.78	0.36	3.47	0.47
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	3.45	0.40	3.59	0.44	3.69	0.37	3.70	0.53
รวม	3.35	0.33	3.47	0.47	3.76	0.31	3.52	0.37

จากตารางที่ 4.18 พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้ในช่วง 10,001-15,000 บาท (3.76) มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท (3.35) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท (3.47) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ อยู่ในช่วง 15,001 บาทขึ้นไป (3.52) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ปรากฏดังตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ผลการทดสอบความแปรปรวนเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

คุณภาพชีวิต ^๑	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Square	df	Mean Square	F	p-value
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	11.224	3	3.741	18.717	.000
	ภายในกลุ่ม	75.961	380	.200		
	รวม	87.185	383			
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	3.043	3	1.014	5.307	.001
	ภายในกลุ่ม	72.645	380	.191		
	รวม	75.689	383			
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	ระหว่างกลุ่ม	13.396	3	4.465	14.046	.000
	ภายในกลุ่ม	120.806	380	.318		
	รวม	134.202	383			
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	2.318	3	.773	2.324	.075
	ภายในกลุ่ม	126.389	380	.333		
	รวม	128.708	383			
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ระหว่างกลุ่ม	14.807	3	4.936	20.646	.000
	ภายในกลุ่ม	90.844	380	.239		
	รวม	105.651	383			
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	4.017	3	1.339	7.400	.000
	ภายในกลุ่ม	68.753	380	.181		
	รวม	72.770	383			
ในภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	5.792	3	1.931	14.696	.000
	ภายในกลุ่ม	49.928	380	.131		
	รวม	55.720	383			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.19 ผลการทดสอบ พบว่า ค่า p-value (Sig.) ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ($F= 14.696$, $p\text{-value} = 0.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน 1.5 ที่ว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนด้านการรวมกลุ่มทางสังคม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อพบนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ได้ผลการทดสอบปรากฏดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันเป็นรายคู่ โดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe's Method) จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

คุณภาพชีวิต	รายได้เฉลี่ย	ต่ำกว่า 5000	5000-10000	10001-15000	มากกว่า 15001
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	ต่ำกว่า 5000	-	0.06550	0.59563*	0.19896
	5000-10000	-	-	0.53014*	0.13346
	10001-15000	-	-	-	0.39668*
	มากกว่า 15001	-	-	-	-
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	ต่ำกว่า 5000	-	0.00331	0.29675*	0.06682
	5000-10000	-	-	0.29344*	0.07012
	10001-15000	-	-	-	0.36357*
	มากกว่า 15001	-	-	-	-
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	ต่ำกว่า 5000	-	0.23249*	0.52401*	0.40787*
	5000-10000	-	-	0.29151	0.17537
	10001-15000	-	-	-	0.11614
	มากกว่า 15001	-	-	-	-

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตฯ	รายได้เฉลี่ย	ต่ำกว่า 5000	5000-10000	10001-15000	มากกว่า 15001
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	ต่ำกว่า 5000	-	0.33694*	0.58748*	0.27774*
	5000-10000	-	-	0.25054	0.05920
	10001-15000	-	-	-	0.30975
	มากกว่า 15001	-	-	-	-
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	ต่ำกว่า 5000	-	0.14375	0.24355*	0.25418*
	5000-10000	-	-	0.09979	0.11043
	10001-15000	-	-	-	0.01063
	มากกว่า 15001	-	-	-	-
ในภาพรวม	ต่ำกว่า 5000	-	0.12011	0.41421*	0.16809
	5000-10000	-	-	0.29410	0.04798
	10001-15000	-	-	-	0.24612*
	มากกว่า 15001	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ในภาพรวม มีจำนวน 2 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท กับรายได้ 10,001-15,000 บาท (0.41421) และรายได้ 10,001-15,000 บาทกับรายได้มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป (0.24612) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี พบว่า มีจำนวน 3 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท กับรายได้ 10,001-15,000 บาท (0.59563) รายได้ 5,000-10,000 บาทกับรายได้ 10,001-15,000 บาท (0.53014) และรายได้ 10,001-15,000 บาทกับรายได้มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป (0.39668) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสภาพร่างกายที่ดี พบว่า มีจำนวน 3 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้ 10,001-15,000 บาท (0.29675) รายได้ 5,000-10,000 บาทกับรายได้ 10,001-15,000 บาท (0.29344) และรายได้ 10,001-15,000 บาทกับรายได้มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป (0.36357) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง พบว่า มีจำนวน 3 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้ 5,000-10,000 บาท (0.23249) รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้ 10,001-15,000 บาท

(0.52401) และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป (0.40787) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า มีจำนวน 3 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้ 5,000-10,000 บาท (0.33694) รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้ 10,001-15,000 บาท (0.58748) และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป (0.27774) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่า มีจำนวน 2 คู่ ที่แตกต่างกัน คือ รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้ 10,001-15,000 บาท (0.24355) และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทกับรายได้มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป (0.25418) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกนั้น พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 สรุปสมมติฐานการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ในตอนที่ 3 สามารถสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน การวิจัยได้ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 สรุปสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน	สถิติที่ใช้ทดสอบ	ผลการทดสอบ	
		ยอมรับ	ปฏิเสธ
1.1 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	t-test Independent		✓
1.2 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way	✓	
1.3 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way	✓	
1.4 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way		✓
1.6 สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way	✓	

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย “การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี (2) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกสมาคม ผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.860 จำนวน 384 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไค สกอดี และสถิติเอฟ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. เพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 ด้านอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 ด้านสถานภาพการสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 52.60 ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 54.40 ด้านรายได้เฉลี่ยต่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 246 คน คิดเป็นร้อยละ 64.10

2. สรุปผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี พบว่า

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี โดยภาพรวมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี อยู่ในระดับปานกลาง ($=3.41$, S.D.=0.48)

ด้านสภาพร่างกายที่ดี โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกายที่ดี อยู่ในระดับมาก ($=3.62$, S.D.=0.44)

ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($=3.19$, S.D.=0.59)

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี โดยภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพอารมณ์ที่ดี อยู่ในระดับมาก

3. สรุปผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ด้านเพศ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่เป็นเพศหญิง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน 1.1 ที่ว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี มีคุณภาพชีวิตที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เท่านั้นที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ไม่แตกต่างกัน ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ด้านอายุ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีอายุ 71-75 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มี อายุ 60-65 ปี อายุ 66-70 ปี อายุ 76-80 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่าผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน 1.2 ที่ว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ส่วนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ด้านสถานภาพการสมรส พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีสถานภาพโสด มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการทดสอบ พบว่า สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงยอมรับ

สมมติฐาน 1.3 ที่ว่าผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีสถานภาพการสมรส ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่วนด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่า ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ด้านระดับการศึกษา พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษต่ำกว่ามัธยม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย ผู้วิจัย จึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการทดสอบ พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน 1.4 ที่ว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ส่วนด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดี พบว่า ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ในภาพรวมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท ผู้สูงอายุที่มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้ อยู่ในช่วง 15,001 บาทขึ้นไป ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐาน 1.5 ที่ว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันในด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ส่วนด้านการรวมกลุ่มทางสังคม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปสมมติฐานการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ในตอนที่ 3 สามารถสรุปผลการทดสอบสมมติฐาน การวิจัยได้ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 สรุปสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน	สถิติที่ใช้ทดสอบ	ผลการทดสอบ	
		ยอมรับ	ปฏิเสธ
1.1 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	t-test Independent		✓
1.2 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way	✓	
1.3 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way	✓	
1.4 ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way		✓
1.6 สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	F-test One-Way	✓	

สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพจะศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป มีสัญชาติไทย และเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. การค้นคว้าเอกสาร (Documentary Research) เป็นการรวบรวม ค้นคว้าข้อมูล เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ และขอบเขตการวิจัยตามที่ได้ระบุไว้แล้วข้างต้น รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและการเขียนรายงานการวิจัย สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลจากการค้นคว้าเอกสารนั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการประมวลวิเคราะห์ และอภิปรายสรุปผลร่วมกันตลอดจนใช้

วิธีการตีความ เพื่อหาข้อสรุปที่เป็นประโยชน์สามารถนำมาใช้ประกอบการเขียนรายงาน เพื่อให้ได้รายละเอียดที่สมบูรณ์ครบถ้วนมากที่สุด

2. การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) ทั้งนี้ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป มีสัญชาติไทย และเป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรีเท่านั้น จังหวัดละ 6-8 คน โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วยหัวข้อการสัมภาษณ์ถึงปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่บันทึกไว้ โดยทำการแยกแยะจัดกลุ่มข้อมูล เชื่อมโยงความคิด ขยายความเชื่อมโยง หาความหมายและหาข้อสรุป

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้สูงอายุ สามารถสรุป ได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพอารมณ์ที่ดี

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขกับสิ่งรอบข้างเช่น ได้อยู่ใกล้ชิดกับลูกหลานและมีเวลาให้กับครอบครัวมากยิ่งขึ้น และสามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ง่าย แต่ในบางครั้งที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังในบ้างจะรู้สึกเหงา และเบื่อหน่ายสิ่ง ๆ ต่าง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า หากสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพได้ว่า ไม่ได้ทำงานและไม่ได้มีชื่อเสียงเกียรติยศเหมือนในอดีต ก็จะมีความสุขและใช้ชีวิตอยู่สังคมได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังมีความคิดเห็นว่า การควบคุมอารมณ์และความรู้สึกนั้น ทำได้ยาก เนื่องจากบางครั้งก็รู้สึกน้อยใจลูกหลาน ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จึงคิดว่าการไปปฏิบัติธรรมหรือการไปทำบุญที่วัด หรือทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับสังคมจะทำให้ความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวหายไปบ้าง

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถมีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเป็นอย่างดี เนื่องจากมีเวลาว่างที่จะสนทนากับเพื่อนบ้านมากขึ้นซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่ไม่ค่อยมีเวลาเนื่องจากต้องทำงาน และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทำร่วมกับเพื่อนบ้านบางครั้งเนื่องจาก เพื่อนบ้านบางครั้งก็อยู่กันคนละช่วงอายุ จึงทำให้มีเวลาว่างไม่ตรงกัน บางครั้งเพื่อนบ้านต้องไปทำงาน แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดีกับเพื่อนบ้านที่เป็นผู้สูงอายุเหมือนกัน ในด้านการพูดคุยกับเพื่อนบ้านเวลามีเรื่องไม่สบายใจหรือมีความทุกข์ นั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่เล่าให้เพื่อนบ้านฟัง โดยผู้สูงอายุ จะเก็บปัญหาเหล่านั้นไว้คนเดียว และในเวลาว่างผู้สูงอายุ จะไปเยี่ยมเยียนญาติมิตรและเพื่อนฝูงบ้างในบางครั้งเท่านั้น ไม่ได้เดินทางไปเยี่ยมบ่อยๆ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการ

เดินทาง และมักจะพบกันในช่วงเทศกาลต่าง ๆ หรือวันรวมญาติของแต่ละครอบครัวเท่านั้น และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่า การเดินทางไปเยี่ยมเยือนญาติหรือเพื่อนๆ บ่อยเกินไปจะทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลักและส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพเสริม ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่า ตรงกันว่าต้องการอาชีพเสริมเพื่อให้มีรายได้และทำให้ใช้เวลาว่างได้อย่างมีประโยชน์และไม่รู้สึกเหงาอีกต่อไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลานและยังต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลาน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากรัฐบาลทุกเดือน แต่ก็ยังต้องพึ่งพาลูกหลานเมื่อยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีภาวะหนี้สิน จะต้องจ่ายเป็นประจำ เช่น ช่วยลูกหลานผ่อนบ้าน เป็นต้น ด้านการรับประทานอาหารผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้น โดยจะเลือกรับประทานผักและผลไม้ตามฤดูกาล ด้านสุขอนามัยการใช้ห้องน้ำในบ้านนั้น ส่วนใหญ่มีความคิดว่าห้องน้ำในบ้านมีความปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสภาพร่างกายที่ดี

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกเดือนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกาย โดยการเดินเป็นหลัก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นตรงกันว่าควรหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง คอเรสเตอรอลสูง อาหารหรือขนมที่มีความหวานมาก เนื่องจากไม่ดีต่อสุขภาพ และรัฐบาลให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีการตรวจเบาหวานฟรี ที่โรงพยาบาลประจำอำเภอทุกวันจันทร์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดว่าหน่วยงานเอกชนไม่ได้ให้การสนับสนุนส่งเสริม สุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

5. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรวมกลุ่มทางสังคม

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่าง ๆ เสมอที่มาร้องขอ และมีผู้สูงอายุบางท่านที่เพิ่งเกษียณอายุราชการได้รับการเลือกทางสังคม เช่น เป็นที่ปรึกษา กรรมการ ชุมชน วัด โรงเรียน สมาคมศิษย์เก่า เป็นต้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุยังมีการรวมกลุ่มกันเป็นสังคมนานาชาติ เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันในบางครั้งและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเมื่อชุมชนมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนเป็นอย่างดี

6. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะทำตามสิ่งที่ท่านตั้งใจ แม้ว่าจะมีคนอื่นไม่เห็นด้วยก็ตาม และหากต้องทำบางสิ่งบางอย่างที่ต้องฝืนใจตัวเองผู้สูงอายุจะไม่ทำอย่างเด็ดขาด ด้านการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ในครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่กล้าแสดงความคิดเห็นมากนัก

เนื่องจากกังวลว่าจะทำให้ลูกหลานไม่สบายใจ และจะเก็บปัญหาต่าง ๆ ไว้คนเดียวไม่ยอมบอกใคร ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะตัดสินใจดำเนินการต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่พึ่งพาลูกหลาน แต่ถ้าการตัดสินใจนั้นต้องเดินทางด้วย ผู้สูงอายุก็น่าจะให้ลูกหลานช่วยตัดสินใจ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบปฏิบัติตามความคิดของตนเองมากกว่าที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะเป็นลูกหลานของตนเองก็ตาม

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี พบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี ทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านสภาพร่างกายที่ดี รองลงไปคือ ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพร กุหา (2552: 97) ได้ศึกษาแนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองขาว อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือ 1) ศึกษาสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) ศึกษาปัญหาการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) ศึกษาแนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รวม 280 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านร่างกายโดยการเจ็บป่วยทางร่างกาย ด้านจิตใจพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับความจำไม่ดี แต่พบว่ามีความพอใจต่อความสัมพันธ์ทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่ามีความพอใจต่อสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน เช่น สะอาด บรรยากาศดี ไม่มีมลพิษ 2) ปัญหาการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพปัญหาของตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และ 3) แนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า ต้องให้ความสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายเป็นอันดับแรกก่อน โดยการออกหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่เป็นประจำทุกเดือน รองลงมาต้องให้ความสำคัญทางด้านจิตใจโดยการเสริมสร้างความมั่นคงทางใจด้วยการจัดโครงการแสดงธรรมเทศนาสำหรับผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน นอกจากนี้ควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม ชมรมสำหรับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติธรรม รวมถึงแนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม ควรเน้นให้มีการเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพคนชราแบบจัดเป็นสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุโดยมีหลักเกณฑ์ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิงหา จันทริยวัณษ์

(2551: 93) ได้พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพและวิเคราะห์องค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท และสังเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสำหรับเป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้กรณีศึกษาจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน การวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยประยุกต์ ใช้เทคนิคในการวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า

1) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทของไทยเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 2 ประการคือ องค์ประกอบภายในเป็นผลจากความเสื่อมทางร่างกายที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมส่วนตัว และสังคม ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีผู้สูงอายุ และองค์ประกอบ ภายนอกเกี่ยวข้องกับกาที่พึ่งพิงทางเศรษฐกิจ เพื่อการดำรงชีพขั้นพื้นฐานในสังคมวัฒนธรรมยุคโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุอย่างหลากหลาย นอกจากนี้การศึกษาที่ไม่เท่าเทียมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยมีความขัดแย้งกับภูมิปัญญาดั้งเดิม ทั้งนี้สิ่งแวดล้อมในอดีตถูกทำลายโดยระบบทุนนิยมเป็นอุปสรรคสำหรับผู้สูงอายุในชนบทซึ่งพึ่งพาธรรมชาติเพื่อการดำรงชีพ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับพิทักษ์จากสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม แม้ว่าสวัสดิการจากภาครัฐและเอกชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย แต่สวัสดิการดังกล่าวมีจำนวนจำกัดและยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท

2) การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งได้จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนบททุกด้านเป็นฐานข้อมูล ได้รูปแบบซึ่งประกอบด้วย ยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 ด้าน คือ การเตรียมความพร้อม การส่งเสริมโดยครอบครัว ระบบคุ้มครองสวัสดิการโดยครอบครัว การพัฒนาบุคลากรด้านครอบครัว การจัดการความรู้และการวิจัยโดยครอบครัว ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูงอายุและครอบครัว รวมทั้งได้รับการยอมรับและความคิดเห็นจากกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน อยู่ในเกณฑ์ดี สรุปโดยภาพรวมรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นการวิจัยที่มุ่งแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชนบทเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดำรงคุณค่าแห่งปุชนิยะบุคคลของสังคมอย่างยั่งยืนสืบไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีนุช ฉายแสง (2553: 58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางชีวะ

สังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 3) สร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ได้มาโดยการสุ่ม แบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความ 5 ส่วน ส่วนที่หนึ่ง ปัจจัยทางชีวะสังคม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ส่วนที่สอง ข้อมูลทางปัจจัย นำเข้า ลักษณะข้อคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางปัจจัยเอื้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางปัจจัยเสริม และส่วน ที่ 5 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ .732 ถึง .893 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย และการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยทางชีวะสังคม 5 ตัวแปร กลุ่มปัจจัยนำ 6 ตัวแปร กลุ่ม ปัจจัยเอื้อ 2 ตัวแปร และปัจจัยเสริม 2 ตัวแปร รวม 15 ตัวแปร มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุ 2) ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อ ความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี อาชีพหลัก และการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและสถานภาพ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดนี้สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.6 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .387 สอดคล้องกับงานวิจัย ของ ชนะโชค คำวัน (2553: 67) ได้ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การ บริหารส่วนตำบลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาแนวทางสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล ปลาปาก ทาการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล ปลาปาก จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 213 คน ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุและเป็นผู้เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การ บริหารส่วนตำบลปลาปาก มีคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นในภาพรวม หรือรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่จะอยู่ใน ระดับปานกลาง ส่วนแนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 4 แนวทาง ได้แก่ แนว ทางการมีส่วนร่วมของครอบครัว แนวทางการพัฒนาด้านจิตใจ แนวทางการช่วยเหลือกรณีการ เจ็บป่วย แนวทางการส่งเสริมรายได้ และแนวทางการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อการดำรงชีพของ ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลภัสรดา วลัยกมลลาศ (2556: 85) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง

การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลปากบาง อ.เทพา จ.สงขลา ผลการวิจัยพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลปากบาง สามารถปฏิบัติงานได้ตาม ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานและตามมาตรฐานผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ในส่วนของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดขั้นพัฒนา ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญและเป็นภารกิจในการพัฒนาระดับการให้บริการ หรือสวัสดิการที่สูงขึ้น หรือก้าวหน้ามากกว่ามาตรฐานตัวชี้วัดขั้นพื้นฐาน และกำหนดให้มีการจัดหาหรือเลือกกระหาตามศักยภาพที่สามารถทำได้ แต่ก็พบว่ายังไม่สามารถดำเนินงานตามมาตรฐานตัวชี้วัดขั้นพัฒนาได้ทุกตัวชี้วัด ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้จึงไม่ใช่เป็นการดำเนินงานของหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียว แต่ต้องมีการร่วมมือกันทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อให้การเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปากบางให้ประสบผลสำเร็จ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., and Koutsouki, D. (2010) ได้ศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแตกต่างในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ และเพื่อศึกษาความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุจำแนกตามช่วงของอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้สูงอายุชาวกรีกจำนวน 180 คน ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 93 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตดังกล่าวมีมาตรวัดเป็น 6 ระดับตั้งแต่สำคัญน้อยที่สุดจนถึงสำคัญมากที่สุด โดยอยู่บนฐานแนวคิดของลิเกิร์ต โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักตั้งแต่ 0.749-0.881 ส่วนแบบวัดความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวมีมาตรวัดเป็น 4 ระดับตั้งแต่ตลอดเวลา จนถึงไม่เคยเกิดขึ้นตามแนวคิดของลิเกิร์ต มีค่าความเชื่อมั่นตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบักเท่ากับ 0.8 ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 120 คน และเป็นเพศหญิง 60 คนสามารถจำแนกเป็นช่วงอายุผู้สูงอายุได้เป็นอายุ 60-74 ปี จำนวน 100 คน และช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปี ขึ้นไป จำนวน 80 คน สถานภาพสมรสจำนวน 118 คน หย่าร้าง 9 คน และเป็นม่าย 53 คน 2) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชายสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง 3) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป 4) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสมรสสูงกว่าผู้สูงอายุที่ยหย่าร้าง แต่ผู้สูงอายุที่ยหย่าร้างมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสถานภาพเป็นม่าย 5) ระดับความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 6) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสซึ่งมีการติดต่อลูกหลานจะมีความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่าร้างและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นม่าย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่มี

สถานภาพเป็นม่ายจะมีเจ็บปวดทางจิตใจในเรื่องความโดดเดี่ยวหรือว่าเหวห่างการสูญเสียคนที่รักอย่างเห็นได้ชัด และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen, J., Murayama, S., and Kamibepu, K. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุของคนจีนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพศชายได้แก่อายุ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การมีสถานะทางการเงินที่ดี การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีลูกหลานเป็นเพื่อน และประสิทธิภาพของตนเอง ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิง ได้แก่ การไม่เจ็บไข้ได้ป่วย การไม่ขัดแย้งกับผู้อื่น การมีบทบาทในสังคม การทำกิจกรรมส่วนตัว และกิจกรรมกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี” ครั้งนี้ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในแต่ละประเด็น 3 ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย พบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อให้การบริหารจัดการในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ในภาพรวม ควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโดยเน้นในด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านความเป็นอยู่ที่ดีทางจิตใจและสังคม (ด้านความเป็นอยู่ที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ และด้านความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจตามลำดับ

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในภาพรวม ควรมีการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น ในกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและสร้างความสัมพันธ์กับคนในชุมชนโดยไม่แบ่งแยกอายุด้วย

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีในภาพรวม ควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโดยเน้นในด้านความเป็นอยู่ที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจตามลำดับ

ด้านสภาพร่างกายที่ดีในภาพรวม ควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโดยเน้นในด้านการรักษาพยาบาลสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การรักษาผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย โดยไม่มีการจำกัดประเภทและชนิดของโรค

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ในภาพรวม ควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโดยเน้นในด้านการสร้างความสัมพันธ์กับทุกคนในชุมชน การจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะสังสรรค์กันมากขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ด้านการตัดสินใจด้วยตนเองในภาพรวม ควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโดยเน้นการสร้างควมพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

เพื่อให้การบริหารจัดการในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรดำเนินการพัฒนาหรือปรับปรุงในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ในภาพรวม ควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องของการส่งเสริมให้ครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้าอย่างมีความสุข ให้รู้สึกแจ่มใส เบิกบานกับสิ่งรอบข้าง และสามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองได้

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในภาพรวม ควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องการให้บริการผู้สูงอายุ โดยมีหน่วยให้บริการในเวลาที่คุณสูงอายุมีเรื่องไม่สบายใจ สามารถปรึกษาทุกข้อได้

ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดีในภาพรวม ควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องของการหาอาชีพเสริมให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้นและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

ด้านสภาพร่างกายที่ดีในภาพรวม ควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องของการให้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน สถานการณ์ปัจจุบัน

ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ในภาพรวม ควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องของการสร้างความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น และควรจัดกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม

ด้านการตัดสินใจด้วยตนเองในภาพรวม ควรดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงในเรื่องของการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ และให้ผู้สูงอายุเป็นคนกำหนดกิจกรรมเอง ทั้งนี้ เพื่อที่กิจกรรมนั้นจะให้เกิดประโยชน์และตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด

3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. หน่วยงานภาครัฐบาลควรจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดรายได้ และเพื่อสร้างทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม
2. หน่วยงานภาครัฐบาลควรจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการจัดตั้งศูนย์ให้ผู้สูงอายุมีเครือข่าย ได้ทำกิจกรรม จิตอาสาต่าง ๆ ร่วมกัน มีการดูแลสารทุกข์สุกดิบซึ่งกันและกัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2549. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์องค์กร.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2559. ยุทธศาสตร์แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.dop.go.th/th>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2560. แนวโน้ม สาเหตุ และผลที่ตามมาของการมีอายุสูงขึ้นของประชากร. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.dop.go.th/th>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. 2561. ยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมคนก่อนวัยสูงอายุ และยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครอง. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.dop.go.th/th>.
- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. 2552. การรับรู้ของผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2562, จาก <http://www.dsdw.go.th>
- เกียรติศักดิ์ พึ่งสมบัติ, และปริดา ธนสุกาญจน์. 2552. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโรงช้าง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เกสร สำเภาทอง. 2549. “ครอบครัวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.” ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทร์เพ็ญ สุริยวงษ์, พรรณพิศ วิทยถาวรวงศ์, กรรณิกา สหเมธาพัฒน์ และชิ่งฤดี รัชชนะ. 2550. “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์.” พุทธชินราชเวชสาร 24, 2: 227-228.
- ดวงใจ คำคง. 2554. “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ชนะโชค คาวาน. 2553. “แนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก จังหวัดนครพนม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชุตติเดช เจริญดอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, นวีวรรณ บุญสุยา และนพพร โทวธีระกุล. 2554. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2561. ความท้าทายของภาวะสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2562, จาก <https://www.bot.or.th/Thai/Pages/default.aspx>.

บุญมี พันธุ์ไทย. 2554. **ระเบียบวิธีการวิจัยการศึกษาเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปลื้มใจ ไพจิตร. 2558. “คุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี” วารสารวิชาการ
ด้านบริหารธุรกิจการจัดการ เศรษฐศาสตร์และนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์
ธานี 2, 2: 30-41.

ธาริน สุขอนันต์, สุภาวีย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานันต์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี. 2554. “คุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวนจังหวัดชลบุรี.” วารสารสาธารณสุขศาสตร์
41, 3: 240-247.

ยุทธ กัลยวรรณ. 2554. **พื้นฐานการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ลภัสรดา วลัยกมลลาศ. 2556. “การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหาร
ส่วนตำบลปากบาง อ.เทพา จ.สงขลา”. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
ปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิโรจน์ เรื่องสะอาด. 2550. “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัด
เชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการ พัฒนา โครงการบัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่.

วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา. 2554. “ปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.” วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 5, 2:
36-46.

ศิรินุช ฉายแสง. 2553. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

ศากุล ช่างไม้. 2550. **สังคมไทยกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต**. สืบค้นเมื่อวันที่ 21
พฤศจิกายน 2562, จาก <https://www.matichon.co.th>

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2553. **การพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ**.
สืบค้นเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2562, จาก <https://tdri.or.th>

สิงหา จันทริย์วงษ์. 2551. “การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทโดย
ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง.” สุรินทร์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.

สุพร คูหา. 2552. “แนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองขาว
อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครอง
ท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุรจิตต์ วุฒิการณ์, พิสิทธิ์ จอมบุญเรือง และไพศาล สรรสรวิสุทธิ. 2555. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนากจังหวัดพิจิตร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ.
- สุวดี เบญจวงษ์. 2554. “ผู้สูงอายุ คนแก่ และคนชรา : มิติทางสังคมและวัฒนธรรม.” สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. 2540. “รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง.” โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2561. **สถิติผู้สูงอายุ**. สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 กรกฎาคม 2562, จาก <http://www.dop.go.th/th/know/1>
- สมพร โปธินาม. 2550. **ผู้สูงอายุไทย บริบทของจังหวัดมหาสารคาม**. สืบค้นเมื่อ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2562, จาก: <http://www.smj.ejnal.com>.
- อนามัย (ธีรวิโรจน์) เทศกะทีก. 2553. **อาชีพอนามัยและความปลอดภัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- องค์การอนามัยโลก. 2561. **เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต**. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2562, จาก [www.un.or.th > world-health-organization-who](http://www.un.or.th/world-health-organization-who).
- Batista Vitorino, P. A., and Martins da Silva, F. 2010. “Level of Quality of Life in the elderly un ATI-UCB.” **Education Fisica Revista** 4, 3: 1-15.
- Beadle-Brown, J., Murphy, G., and Di Terlizzi, M. 2008. “Quality of Life for the Camber well Cohort.” **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities** 24, 3: 380-390.
- Chen, J., Murayama, S., and Kamibepu, K. 2010. “Factors related to well-being among the elderly in urban China focusing on multiple roles.” **BioScience Trends** 4, 2: 61-71.
- Flanagan, J.C. 1978. “Flanagan J. C. 1978. “A research approach to improving our quality of life.” **American Psychologist** 3, 5: 138 – 147.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. 1970. “Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement”. **Journal of Management** 30, 3: 65-68.
- Schalock, L. R. 2004. “The concept of quality of life: what we know and do not know”. **Journal of Intellectual Disability Research** 48, 3: 203-390.
- Padilla, G. V., & Grant, M. M. 1985. “Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing.” **Science** 8, 1: 45 – 60.

- Stromberg, M. F. 198). "Selection and instrument to measure quality of life." **Oncology Nursing Forum** 4, 3: 32-48.
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., and Koutsouki, D. 2010. "The differences at quality of life and loneliness between elderly people." **Biology of Exercise** 6, 2: 13-28.
- Zhan, L. 1992. "Quality of life: Conceptual and measurement issue". **Journal of Advanced Nursing** 17, 7: 795-800.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน (✓) และเติมข้อความลงในที่จัดไว้ให้

1. เพศ

1. () ชาย

2. () หญิง

2. อายุ

1. () 60 – 65 ปี

2. () 66 - 70 ปี

3. () 71-75 ปี

4. () 76-80 ปี

5. () 80 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพการสมรส

1. () โสด

3. () หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่

2. () สมรส

4. ระดับการศึกษา

1. () ต่ำกว่ามัธยมต้น

2. () มัธยมต้น

3. () มัธยมปลาย

4. () ปริญญาตรี

5. () ปริญญาโท

6. () ปริญญาเอก

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1. () ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน

2. () 5,001 – 10,000 บาท/เดือน

3. () 10,001 – 15,000 บาท/เดือน

4. () มากกว่า 15,001 บาท/เดือน

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับ “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” โปรดระบุระดับคะแนนที่ตรงกับความเป็นจริง โดยกำหนดให้

5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายถึง เห็นด้วยมาก

3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี					
1. ปัจจุบันท่านยังประกอบอาชีพหลักอยู่					
2. ปัจจุบันท่านยังมีอาชีพเสริมรายได้อยู่					
3. ปัจจุบันท่านยังมีความต้องการได้รับการอบรมอาชีพ เสริมเพื่อสร้างรายได้					
4. ปัจจุบันท่านมีรายได้ด้วยตนเองเพียงพอต่อการดำรงชีพ					
5. รายได้ของท่านปัจจุบันยังต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานอยู่					
6. ท่านมีเงินเก็บสะสมเพื่อการดำรงชีพ					
7. ปัจจุบันรายจ่ายของท่านเพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่					
8. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง					
9. เมื่อท่านมีความจำเป็นจะต้องช่วยงานการกุศลต่างๆ จำเป็นต้องพึ่งเงินจากลูกหลาน					
10. ปัจจุบันท่านยังมีภาวะหนี้สิน จะต้องจ่ายเป็นประจำ					
11. เมื่อท่านเจ็บป่วยขึ้นมาท่านยังต้องพึ่งค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากลูกหลาน					
12. ท่านสนใจการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ					
13. อาหารที่ท่านรับประทานในแต่ละวันมีผักและผลไม้ รวมอยู่ด้วย					

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
14. ท่านไม่ชอบรับประทานอาหารประเภทมีไขมันสูง					
15. อาหารที่ท่านชอบรับประทานมักมีรสจัด					
16. ห้องน้ำ ในบ้านที่ท่านอาศัยอยู่ ไม่สะดวกต่อการใช้อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตัวท่าน					
17. ท่านมีความวิตกกังวลในเรื่องอุบัติเหตุขณะใช้ ห้องน้ำที่บ้าน					
18. ห้องน้ำที่บ้านมีความสะอาดถูกสุขลักษณะเหมาะสมสำหรับท่าน					
ด้านสภาพร่างกายที่ดี					
19. ท่านตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำ					
20. ท่านมีเวลาในการออกกำลังกาย					
21. ท่านมีความพึงพอใจในสุขภาพของตนเอง					
22. ท่านอ่านข่าวสารเรื่องสุขภาพ					
23. ท่านมักจะเจ็บไข้ได้ป่วย					
24. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
25. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่					
26. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง คอเรสเตอรอลสูง อาหารหรือขนมที่มีความหวานมาก					
27. ท่านเดินทางไปที่ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง					
28. ท่านไม่ชอบกิจกรรมที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย					
29. ท่านได้รับข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน					
30. ท่านได้รับรู้ข่าวสารทางสุขภาพจากครอบครัวญาติมิตร					
31. ท่านไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานภาครัฐ					
32. ปัจจุบันหน่วยราชการ และเอกชนให้การสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพแก่ท่าน					
33. ท่านปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง					

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง					
34. ท่านมักจะทำตามสิ่งที่ท่านตั้งใจ แม้ว่าจะมีคนอื่นไม่เห็นด้วยก็ตาม					
35. ท่านต้องทำสิ่งที่ท่านรู้สึกฝืนใจ					
36. ท่านขาดความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ท่านอยากจะทำ					
37. ท่านจะแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมที่ท่านไม่เห็นด้วยว่าต้องทำ					
38. ท่านมักจะได้สิ่งที่ท่านไม่ต้องการ					
39. ท่านสามารถเลือกทำในสิ่งที่ท่านปรารถนาหรือต้องการ					
40. ท่านไม่กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ กับคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว ญาติมิตร เพื่อนสนิท					
41. ท่านสามารถกำหนดสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง					
42. ท่านตัดสินใจที่จะทำ หรือไม่ทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง					
43. ท่านชอบปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อื่นมากกว่าที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง					
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม					
44. ท่านมักให้ความช่วยเหลือกับชุมชน หรือองค์กรต่าง ๆ					
45. ท่านได้รับการเลือกทางสังคม เช่น เป็นที่ปรึกษากรรมการชุมชน วัด โรงเรียน สมาคมศิษย์เก่า					
46. ท่านมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เช่น ไปพบปะ สังสรรค์ รับประทานอาหาร ร่วมประชุมกลุ่มงานเลี้ยง งานศพ					
47. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนของท่านจัดอย่างสม่ำเสมอ					
48. ท่านได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่					
49. ท่านมีกลุ่มเพื่อนในชุมชนในการพบปะพูดคุย					
50. ท่านให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น					

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
51. ท่านรักษาผลประโยชน์ของชุมชน					
52. คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน					
53. ท่านคิดว่า ท่านไม่มีความผูกพันกับชุมชนที่อาศัยอยู่					
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
54. เพื่อนบ้านเป็นมิตรกับท่านดี					
55. ท่านชอบเพื่อนบ้านของท่าน					
56. ท่านกับเพื่อนของท่านได้มีการติดต่อกัน					
57. ท่านมีกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนของท่าน					
58. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านสามารถปรับทุกข์กับ เพื่อนของท่านได้					
59. เมื่อท่านเจ็บป่วย เพื่อนของท่านได้ไปเยี่ยมเยียนท่าน					
60. เพื่อนเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับท่าน					
61. ท่านมีการวางแผนในการไปเที่ยวกับเพื่อน ๆ ของท่าน					
62. ท่านมีโอกาสไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร					
63. ญาติมิตรเดินทางมาเยี่ยมเยียนท่าน					
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี					
64. ท่านมีความสุขกับสิ่งรอบข้าง					
65. ท่านเข้ากับคนอื่นได้ง่าย					
66. ท่านรู้สึกแจ่มใส เบิกบานกับสิ่งรอบข้าง					
67. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายในสิ่งต่าง ๆ					
68. ถ้าย้อนเวลาได้ ท่านอยากเปลี่ยนอดีตที่ผ่านมา					
69. ท่านรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว					
70. ท่านคิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ					
71. ท่านสามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองได้					
72. ท่านพร้อมที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต					
73. ท่านพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
74. ท่านมักจะเครียดในสิ่งต่าง ๆ รอบข้างตัวท่าน					
75. ท่านไม่สบายใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว อรนิษฐ์ แสงทองสุข
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 21 พฤศจิกายน 2514
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ในปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 49/122 หมู่บ้านธารลอดส์วิล ซอย 26 ถ.หทัยราษฎร์ ตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	อาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตร เสาร์-อาทิตย์ สาขาวิชาการจัดการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตบางเขน
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2536 ร.บ. จาก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2539 MBA. จาก University of New Haven, USA