

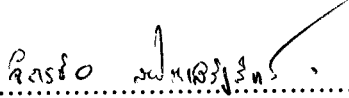
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

นุชลี เกิดสมบูรณ์

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารทั่วไป
วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา
เมษายน 2558
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

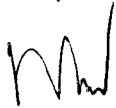
อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์ และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์
ของ นางสาวนุชลี เจ็ดสมบุญณ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์


.....

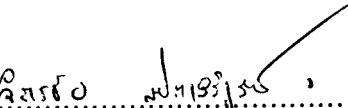
(อาจารย์จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์)

คณะกรรมการควบคุมมาตรฐานงานนิพนธ์



.....

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เสฐียร เหลืองอลงกต)


..... กรรมการ

(อาจารย์จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์)


.....

กรรมการและเลขานุการ

(อาจารย์ชิตพล ชัยมะดัน)

วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการบริหารทั่วไป ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....

คณบดีวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พจน์ีย์ ธารเสนา)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๕๘

กิตติกรรมประกาศ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลืออนุเคราะห์และคำปรึกษาเป็นอย่างดี จากอาจารย์จักรชัย สือประเสริฐสุทธิ อาจารย์ที่ปรึกษาในการทำงานนิพนธ์ครั้งนี้ ได้ให้คำแนะนำและตรวจแก้ไขงานนิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายกเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ผู้นำชุมชน และที่สำคัญยิ่งคือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ที่เสียสละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวิจัย ส่งผลให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและผู้ที่สนใจบ้างไม่มากนักก็น้อย

นุชลี เฉิดสมบูรณ์

56930077: สาขาวิชา: การบริหารทั่วไป; รป.ม. (การบริหารทั่วไป)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ ผู้สูงอายุ

นุชที เนิตสมบูรณ์: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว (THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN WANGNAMYEN MUNICIPALITY, WANGNAMYEN DISTRICT, SAKEAW PROVINCE) อาจารย์ผู้ควบคุมงานนิพนธ์: จักรชัย สือประเสริฐสิทธิ์, ศศ.ม. 127 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว และ 3) เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จำนวน 331 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยวิธีการทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ ค่าสถิติทดสอบ t-test และสถิติทดสอบ F-test ตลอดจนการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe'

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ต่างมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และ 0.01

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็นนั้น ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็นมีข้อเสนอแนะว่าให้เพิ่มค่าครองชีพให้กับผู้สูงอายุเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีความคิดเห็นว่าค่าครองชีพที่ได้รับในปัจจุบันไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ รองลงมาคือ จัดกิจกรรม/ โครงการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้ จัดสวัสดิการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น จัดรถรับ-ส่ง ไว้บริการนำส่งผู้สูงอายุไปรับบริการจากสถานพยาบาล จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมนันทนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และจัดศูนย์เรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ และภูมิปัญญาของกลุ่มผู้สูงอายุ

56930077: MAJOR: GENERAL ADMINISTRATION; M.P.A. (GENERAL ADMINISTRATION)

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE/ THE ELDERLY

NUTCHLEE CHERDSOMBOON: QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN WANG NAM YEN MUNICIPALITY, AMPHOE WANG NAM YEN, SA KAEW PROVINCE.

ADVISOR: CHAKCHAI SUEPRASERTSITH, M. A. 127 P. 2015.

The purpose of this study was threefold. First, it aimed at examining quality of life of the elderly living in Wang Nam Yen Municipality. Also, it intended to compare the level of their quality of life. Lastly, this study attempted to propose guidelines for improving the management of social welfare for the elderly. The subjects participating in this study were 331 elderly who were entitled to age pension, living in Wang Nam Yen Municipality. The instrument used to collect the data was a questionnaire. The statistical tests used to analyze the collected data included frequency, percentage, means, and standard deviation. To test the hypotheses, t-test, F-test, and Scheffe's test for comparison were operated.

The results of the study revealed that the level of quality of life of the elderly living in Wang Nam Yen Municipality was found at a moderate level. When comparing each aspect, it was found the aspects in relation to physical and mental states, social relation, and environment were rated at a moderate level.

Based on the results from the comparisons of means score, statistically significant differences in the level of quality of life were found among the subjects with different gender, age, marital status, educational level, occupation, and amount of income at a significant level of 0.05 and 0.01.

Regarding proposed guidelines for improving the management of social welfare for the elderly, it was suggested that there should be an increase of rate for age pension since the currently given amount was insufficient for living expense. Also, career-promoting activities/programs should be organized for the elderly in order for them to earn more income and become self-dependent. Other facilities for the elderly should also be provided. These included free transportation for the elderly to commute to their health care providers, health promoting activities and recreation, physical exercise, learning centers to promote the creation of new body of knowledge, and local wisdom among the elderly.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
สมมติฐานการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	18
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	40
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ.....	57
นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	59
สภาพพื้นที่และการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	71
การเก็บรวบรวมข้อมูล	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
เกณฑ์การแปลผล.....	72
4 ผลการวิจัย.....	74
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	74
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็นจังหวัดสระแก้ว	79
ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว	85
ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ของเทศบาลเมือง วังน้ำเย็น	99
5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	101
สรุปผลการวิจัย	101
อภิปรายผล.....	104
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	116
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	127

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น.....	52
2	จำนวนสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว	69
3	แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ	73
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ	74
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ	74
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สถานภาพสมรส	75
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	75
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การอยู่อาศัย	76
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	76
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ที่มาของรายได้.....	77
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การประกอบอาชีพ.....	77
12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ต่อเดือน	78
13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ.....	78
14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม	78
15	ภาพรวม ร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 331)	79
16	จำนวน ร้อยละของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านร่างกาย	80
17	จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านจิตใจ.....	81
18	จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็นจังหวัดสระแก้ว ในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
19	จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็นจังหวัดสระแก้ว ในด้านสภาพแวดล้อม 83
20	จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 84
21	การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามเพศ 85
22	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามกลุ่มอายุ 86
23	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามกลุ่มอายุ 86
24	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกต่างกลุ่มอายุ 87
25	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามสถานภาพสมรส 88
26	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามสถานภาพสมรส 89
27	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามสถานภาพสมรส 89
28	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับการศึกษา 90
29	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับการศึกษา 91

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
30 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	91
31 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามการประกอบอาชีพ.....	94
32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามการประกอบอาชีพ.....	94
33 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตาม การประกอบอาชีพ.....	95
34 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับรายได้.....	96
35 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับรายได้.....	97
36 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับรายได้.....	97
37 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว.....	98
38 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ.....	99
39 การกำหนดตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	117

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
2 การดำเนินงานตามกระบวนการของ PRECEDE Framework	41
3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE	42
4 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	47
5 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	52

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้พัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว การบำบัดรักษา ป้องกัน โรคภัยต่าง ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการคาดประมาณ ปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 600 ล้านคนทั่วโลก และจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี พ.ศ. 2568 หรือในกลุ่มประชากรทุก 7 คน จะพบผู้สูงอายุ 1 คน และจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และแนวโน้มยังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.4 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 11.2 ใน ปี พ.ศ. 2551 หรือคิดเป็นผู้สูงอายุ 7,042,000 คน จากจำนวนประชากรในประเทศไทย 63,121,000 คน การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพ และสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (ชุตติเดช เจียนคอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร โทวธีระกุล, 2554, หน้า 230)

ประเทศไทยประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก เป็นแผนยุทธศาสตร์สำหรับการพัฒนาประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นช่วงปลายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 นับรวมเวลาทั้งหมดได้ถึงศตวรรษมาแล้ว ทั้งนี้จากผลพวงของการพัฒนาตามแผน ๆ ดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมประเทศไทยในภาพรวมเป็นอันมาก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม โดยเมื่อได้แยกพิจารณาในแต่ละประเด็นสาระสำคัญของแต่ละช่วงเวลาพบว่าในช่วงแผน ๆ ฉบับที่ 1-7 (พ.ศ. 2504-2539) นั้นการพัฒนาได้มุ่งเน้นไปในภาคเศรษฐกิจระดับมหภาคเป็นส่วนใหญ่ โดยเชื่อว่าความเจริญเติบโตของภาคเศรษฐกิจ จะทำให้ประชาชนอยู่ดีกินดี และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในภาพรวม มีการใช้แนวคิดการพัฒนาแบบรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาประเทศเกือบทั้งหมดจะถูกกำหนด โดยรัฐบาลจากส่วนกลาง ส่งผลให้การพัฒนากระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง การแก้ไขปัญหาไม่ครอบคลุม และไม่ตรงตามสภาพปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนไทยในชนบท โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทั้งนี้ผลพวงเหล่านั้นยังก่อให้เกิดช่องว่างของระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ในเขตเมืองและชนบท และในภาพรวม

ทำให้ศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของคนในสังคมลดลง นับว่าเป็นการบั่นทอนความเป็นชุมชนแบบเดิมของสังคมไทยที่มีการพึ่งตนเองและพึ่งพากันเองลงไปมาก (ดวงใจ คำคง, 2554, หน้า 1)

จากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2555 มีผู้สูงอายุจำนวน 2,060 คน คิดเป็นร้อยละ 9.78 ของประชากรทั้งหมดในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ปี พ.ศ. 2556 มีผู้สูงอายุจำนวน 2,118 คน คิดเป็นร้อยละ 9.99 ของประชากรทั้งหมดในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุจำนวน 2,141 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น (เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น, 2557) จากข้อมูลพบว่าจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับข้อมูลระดับประเทศ การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ และการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้มาเป็นผู้รับจากผู้นำมาเป็นผู้ตาม บทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจึงลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าลดลง การขาดองค์กรหรือระบบที่จะเป็นโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม นอกจากนี้สภาพสังคมไทยมีการขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น คนหนุ่มสาวสมัยใหม่เมื่อแต่งงานมักจะแยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ทำให้พ่อแม่ที่สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง จากสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้สังคมไทยซึ่งเดิมเป็นครอบครัวขยาย มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นบุตรหลานก็ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เนื่องจากสภาวะทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจึงมีผลในทางลบต่อผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนกว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง เช่น การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การรักษาพยาบาล

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ในฐานะที่ผู้ศึกษาทำงานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด และปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขและใช้เป็นแนวทางการพัฒนานโยบายด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้

3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีเพศต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

2. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีอายุต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

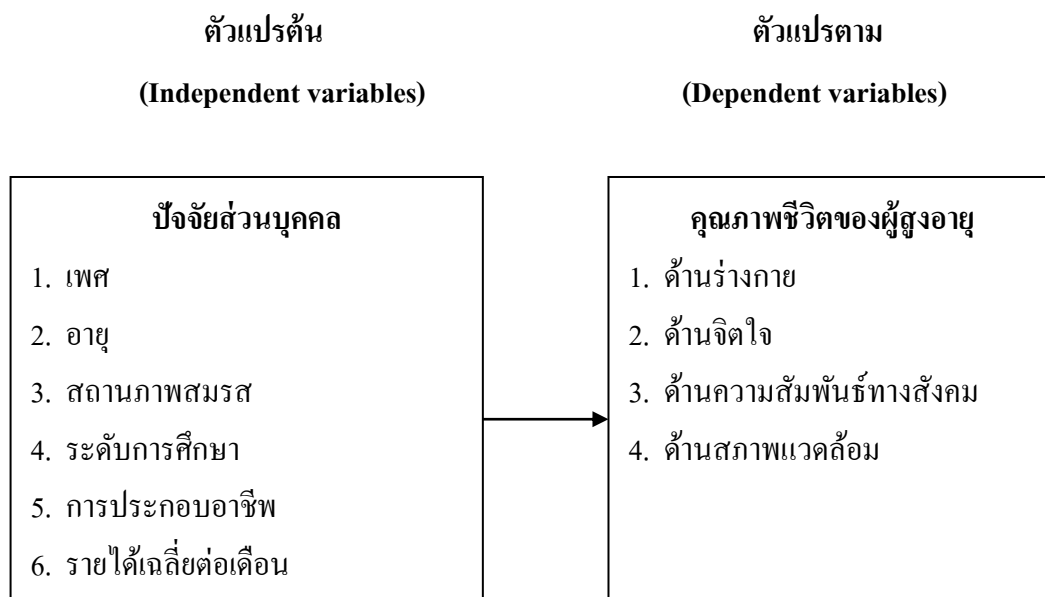
4. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีอาชีพต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) มาปรับใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ ก) ด้านร่างกาย ข) ด้านจิตใจ ค) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ง) ด้านสภาพแวดล้อม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
2. สามารถนำผลจากการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
3. ผู้สนใจสามารถนำข้อเสนอแนะที่ได้จากการค้นพบไปปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ และประกอบการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย
 - 1.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
 - 1.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น
- โดยพิจารณาในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม

2. ขอบเขตด้านประชากรและพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้มีประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีประชากรทั้งสิ้น 2,332 คน (เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น, 2557)

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการศึกษาวิจัยในช่วงเดือน พฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2557-เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง วันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้ง ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมเป็นการประสาน การรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิได้รับเบี้ย ยังชีพผู้สูงอายุจากเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่สามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจกรรมทั้งหลาย ของชีวิตด้วยพลังกำลัง ความรู้ และความสามารถทั้งปวงที่ตนมีอยู่ ด้วยความราบรื่นทั้งทางร่างกาย และจิตใจ รวมไปถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม ที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ตามสมควร

ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ถึงสภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อ ชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงสภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึง พลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึง ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษา ทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ดัชนีชี้วัด 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้ ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ถึงสภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวก ที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของคนที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่อด้านอื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น มี 6 ข้อนี้ชีวิต ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ข้อชีวิต ได้แก่ 1) สัมพันธภาพทางสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมและ 3) กิจกรรมทางเพศ

ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้คุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น มี 8 ข้อชีวิต ได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม 5) การรับรู้ข่าวสาร และทักษะใหม่ ๆ 6) การมีส่วนร่วมมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

การประกอบอาชีพ หมายถึง สถานภาพ การประกอบอาชีพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยจำแนกออกเป็น ก) ประกอบอาชีพ และ ข) ไม่ประกอบอาชีพ

แหล่งที่มาของรายได้ หมายถึง แหล่งที่มาของเงินรายได้ที่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วได้รับ โดยจำแนกออกเป็น ก) ทำงานเอง ข) ลูกหลานให้ ค) เงินออม ง) เงินบำนาญ/ บำนาญ จ) สวัสดิการผู้สูงอายุ และ ฉ) แหล่งที่มาของรายได้อื่น ๆ

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครัวเรือนเดียวกัน ทั้งที่เป็นสมาชิกในสายเลือดและสมาชิกที่มีไม่ใช่สายเลือดในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

การเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณะที่เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จัดไว้บริการผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยจำแนกออกเป็น ก) สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ และ ข) ไม่สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ

การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม หมายถึง การเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยจำแนกออกเป็น ก) มิได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม และ ข) เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม ได้แก่ กลุ่มออมทรัพย์ ครอบครัวดันแบบ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มเกษตรกรรม กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มสื่อสารมวลชน กลุ่มสวัสดิการ กลุ่มแปรรูปและกระจายสินค้า กลุ่มเกษตรกรรม และสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม อื่น ๆ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว” ซึ่งผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา มีเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
 - 1.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.3 การประเมินและการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 3.1 PRECEDE Framework
 - 3.2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
 - 3.3 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory)
 - 3.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)
4. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ
5. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
6. สภาพพื้นที่และการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น
 - 6.1 สภาพพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
 - 6.2 สภาพการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนชราหรือผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวแห้ง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (ราชบัณฑิตยสถาน 2542, หน้า 347) ให้ความหมาย คำว่าชราว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้ จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิ สิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ แทนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์

เจษฎา บุญทา (2545) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอย เชื่องช้า และสมควรให้ความช่วยเหลืออุปการะ โดยในภาคพื้นยุโรปและอเมริกาเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ และภาคพื้นเอเชียมักจะถือเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ แต่ก็เป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างประเทศแล้วว่า ให้ยึดเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่อายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ชัชยัณิชา พิภูตินอักษรชัย (2553) ได้สรุปไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีความเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายไปตามวัย จากความเสื่อมสภาพดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อจิตใจตามมาได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุแต่ละคน และคนรอบข้าง การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้น ต้องอาศัยการดูแลควบคู่กัน ไปทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

นภนรรณ ทองเรือง (2554) ได้สรุปไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลผู้อยู่ในวัยสังขารเสื่อมหรือ บุคคลผู้มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป สำหรับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ถือว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และถือว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ลูกหลานควรเอาใจใส่ ดูแล ตลอดทั้งให้ความรัก ความเคารพ เพราะผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีคุณงามความดี สร้างเป็นแปลงเมือง มีความสำคัญที่ควรแก่การดูแลเอาใจใส่

วีรพงษ์ ยางเดี่ยว (2554) ได้สรุปไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ที่มีคุณค่า และได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคมมาเป็นระยะเวลายาวนาน การกำหนดให้บุคคลเป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคมแต่ละสังคม

การเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ ไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง สურกุล เจนอบรม (2541, หน้า 6-7 อ้างถึงใน วิโรจน์ อรุณรัตน์, 2552, หน้า 7)

สำหรับการกำหนดว่า ผู้สูงอายุเมื่ออายุเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี
3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมิได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพมีความพิการ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า มีผู้ให้คำจำกัดความที่คล้ายคลึงกันหลายท่าน ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของผู้สูงอายุได้ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายไปตามธรรมชาติ มีจิตใจ การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง มีกำลังลดลง เริ่มเชื่องช้า จึงสมควรมีผู้ดูแล และได้รับความช่วยเหลือตามสมควร ไม่ว่าจะจากครอบครัวหรือจากรัฐบาล

บทบาทของผู้สูงอายุในสังคม

สังคมไทยในอดีตที่ผ่านมาจะเห็นว่าเป็นสังคมที่ยึดมั่นในประเพณีการให้ความเคารพยกย่องและยำเกรงผู้อาวุโสในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้สูงอายุในยุคนั้นจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทและอิทธิพลอย่างมากในครอบครัวไทย ผู้สูงอายุจะได้รับความเคารพอย่างสูง ได้รับความรักอย่างมากจากลูกหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ถูกทอดทิ้งให้ออกจากครอบครัว ตรงกันข้ามกับผู้ที่มิบทบาทที่เต็มไปด้วยความรับผิดชอบอย่างมากในครอบครัวไทยโดยผู้ให้ความอบอุ่นให้กำลังใจแก่ลูกหลานในบางครั้งเป็นผู้สมานรอยร้าวระหว่างสมาชิกในครอบครัว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) เพราะผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความรอบคอบ ใจเย็น มีประสบการณ์มากในการที่จะมีความเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว จากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวอย่างแพร่หลายมากขึ้นนั้น พอสรุปประเด็นได้ ดังนี้

1. เป็นศูนย์รวมจิตใจ ครอบครัวใดที่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ครอบครัวจะเต็มไปด้วยความอบอุ่น ลูกหลานมักจะรวมกันเป็นปึกแผ่น และมีความสามัคคีกัน ดีกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ด้วย

2. เป็นผู้สมานรอยร้าว บางครอบครัวเมื่อมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ผู้ที่จะสมานรอยร้าวให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ดีก็คือ ผู้สูงอายุนั่นเอง เพราะคนไทยมีวัฒนธรรมของการเคารพผู้ใหญ่ ดังนั้น เมื่อเกิดการทะเลาะกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุจะเป็นผู้สมานรอยร้าว โดยการไกล่เกลี่ยให้คืนดีกันได้

3. เป็นคลังปัญญา ในบางครั้งครอบครัวอาจประสบปัญหาขัดแย้งภายในครอบครัวแล้วหาทางแก้ไขหรือหาทางออกไม่ได้ เพราะปัญหาหลาย ๆ อย่างไม่อาจแก้ไขได้โดยอาศัยแต่เพียงความรู้ อย่างเดียว ยังต้องอาศัยประสบการณ์ และความชำนาญเป็นองค์ประกอบ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากมักจะผ่านประสบการณ์มาก่อน จึงเป็นผู้ให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

4. เป็นครูสำหรับลูกหลาน ผู้สูงอายุเป็นครูโดยวิญญูณ เพราะผู้สูงอายุมักพอใจสั่งสอนลูกหลานในเรื่องที่ตนเห็นว่าสำคัญ เช่น มารยาท วัฒนธรรมประเพณี การดำเนินชีวิต แม้แต่เรื่องของการประกอบอาชีพ ซึ่งหลายคนได้เป็นใหญ่ในภายหลังก็เพราะการอบรมสั่งสอนของผู้สูงอายุ การสอนของผู้สูงอายุมักจะเป็นการสอนด้วยความรัก และห่วงใยจริง ๆ และจะพยายามจะให้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับลูกหลาน

5. เป็นกำลังใจให้กับลูกหลาน บทบาทสำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุคือ กำลังใจให้แก่ลูกหลานเมื่อลูกหลานเกิดการท้อแท้ใจหรือหมดกำลังใจในการดำเนินชีวิตให้ถึงจุดที่ตั้งไว้ ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ผ่านชีวิตมามากจะเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ลูกหลานเป็นอย่างดีเพื่อให้พยายามคว้าหลักชัยในชีวิตตามที่มุ่งหวังไว้

6. เป็นผู้สานต่อวัฒนธรรมอันดีงาม สังคมไทยในปัจจุบัน วัฒนธรรมและประเพณีอันดีงามของไทยนับวันจะค่อย ๆ เลือนลางไป เพราะวัฒนธรรมตะวันตก เข้ามามีอิทธิพลต่อเด็กรุ่นใหม่ วัยรุ่นสมัยใหม่ไม่ค่อยมีระเบียบเรียบร้อย ซึ่งหากครอบครัวใดมีผู้สูงอายุคอยช่วยเหลือลูกหลานในบ้าน เด็กก็ยังคงมีความเกรงใจและมักจะถูกขัดเกลาในด้านกิริยามารยาท ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเป็นผู้มีบทบาทในการสืบสานวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลานต่อไป

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

คนเราเมื่อเกิดมาร่างกายมีการเจริญเติบโตอวัยวะต่าง ๆ เร่งทำงานตามวันเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีอายุมากขึ้นหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ก็ยิ่งลดลง การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และเปลี่ยนกลับคืนเหมือนเดิมอีกไม่ได้ ซึ่งกระบวนการนี้เริ่มต้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นไปในลักษณะการเสื่อมถอย และมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนั้นสามารถระบุได้ดังนี้ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2548)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย หรือโรคต่าง ๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุมีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้น ผิวหนัง และเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึงไม่ยืดหยุ่น ผิวหนังปรากฏรอยย่น เนื่องจากมีเลือดออกมาหล่อเลี้ยงผิวหนังน้อยลง ต่อมาเหงื่อได้ผิวหนังขับเหงื่อได้น้อยลงเนื่องจากการฝ่อลีบลดขนาดและจำนวนลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการขับเหงื่อ และทำให้ผิวหนังแห้ง การระบายความร้อนด้วยวิธีระเหยไม่ดีทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี มีการเปลี่ยนแปลงของคลอโรเจน และอิลาสติกไฟเบอร์ ทำให้ผิวหนังขาดการยืดหยุ่น ผิวหนังมีสีจาง หรือดำขาวเนื่องจากการฝ่อลีบของเซลล์ผลิตเม็ดสีในผิวหนัง มีจุดสีแดงบนผิวหนัง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือดได้ผิวหนังมีการฝ่อลีบของเนื้อเยื่อเล็บ ซึ่งเป็นเหตุให้เล็บเปราะมากขึ้น ผมและขนมีจำนวนลดลง และมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว ผมแห้งร่วงง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายมีผมน้อยที่เรียกว่าศีรษะล้าน

2 ระบบประสาทและสมอง มีการสูญเสียเซลล์ประสาท ปอดกุ่มประสาท การนำคลื่นประสาทช้าลง การสังเคราะห์สารนำประสาทสร้างได้ช้า หรือน้อยลง จึงทำให้ การนำคลื่นประสาทผ่านจุดเชื่อมต่อของประสาท และที่ปลายประสาทเข้าสู่กล้ามเนื้อช้าลง นอกจากนี้ เซลล์สมองส่วนซีรีบริรัม และซีรีเบลลัมเหี่ยวฝ่อ ทำให้ความคิดความจำเสื่อม ผู้สูงอายุจึงมักไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ ๆ ได้แต่สามารถจำเรื่องราวต่าง ๆ ที่ได้จดจำไว้ก่อนมีการเสื่อมของเซลล์สมองได้ดี ความเสื่อมถอยของระบบประสาทดังกล่าวทำให้มีความหลงลืมได้ง่าย ย้ำคิดย้ำทำ

3 ระบบประสาทสัมผัส มีการเปลี่ยนแปลงของประสาท ระบบรับรู้สึก การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส ดังนี้

3.1 การมองเห็น การมองเห็นลดลง มีความเสื่อมของประสาทตา รูม่านตาแคบ มีความไวต่อแสงน้อย ทำให้มองภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหยุ่นของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสายตาวัว แก้วตาที่มีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้มีการปรับสายตาไม่ดี ลานสายตา แคบลงมีวงแหวนสีขาวรอบตาดำ ซึ่งแผ่นสีขาวอยู่ระหว่างกระจกตา และตาวัวเกิดขึ้นเนื่องจาก มีการลดลงของระบบประสาทส่วนปลายที่เกี่ยวกับการมองเห็น กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่สีของ ม่านตาเปลี่ยนแปลงไปที่ละน้อย โดยมีสีจางลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของแกรนูลีภายในลูกตา อาจมีน้ำในลูกตาเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงพบว่าผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง การปรับตัว ต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความคมชัดของภาพลดลง จึงเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

3.2 การได้ยิน อวัยวะในหูชั้นในมีการเสื่อมมาก การได้ยินลดลงมีอาการหูตึงมากขึ้น เนื่องจากมีการส่งคลื่นเสียงไปถึงอวัยวะรูปหอยโข่งในหูชั้นในไม่เป็นไปตามปกติ เป็นผลทำให้หู มีการตอบสนองต่อเสียงในลักษณะอาการไม่คงที่ ฟังเสียงไม่ชัด การสูญเสียความสามารถของ การได้ยิน พบได้ในผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีการได้ยินลดลง และมีอาการหูตึงมากขึ้นซึ่งพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง

3.3 ประสาทรับรสและกลิ่น มีการเหี่ยวของประสาทรับรส และกลิ่น ปริมาณ ตุ่มรับรสของลิ้นลดลงมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ความสามารถในการจำแนกรสต่าง ๆ และการได้กลิ่นลดลง ความอยากอาหารลดลงจากการที่น้ำลายในปากลดน้อยลง

3.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระบบหัวใจ และหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ผนังหลอดเลือดตีบลง ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลงเลือด ไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้มีความดันเลือดค่อย ๆ สูงขึ้น

3.5 ระบบทางเดินหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในระบบทางเดินหายใจ ผู้สูงอายุ หลอดคอจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น ขยายใหญ่ขึ้น มีความแข็งเพิ่มขึ้น เนื่องจาก

มีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อนเพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม พบว่า หลอดลมฝอยจะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง และแคบลง แต่ทั้งหลอดคอและหลอดลมจะมีความยืดหยุ่นลดลง มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดสาร และสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ในช่องภายในหลอดลมลง ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้งของผู้สูงอายุมีค่าลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอด และทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้น และแข็งตัวมากขึ้น กล้ามเนื้อกระบังลม และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงมีประสิทธิภาพน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องหายใจเร็วขึ้น และเป็นการหายใจแบบตื้น ๆ

3.6 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารมากขึ้น นับตั้งแต่ปาก ซึ่งมีฟันที่โยกคลอนเจ็บปวด หรือหักจนไม่เหลือทำให้การกินเป็นไปอย่างยากลำบาก อีกทั้งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมอาหารลดลง มีการเสื่อมลงในการบีบตัวของกระเพาะอาหาร และปริมาตรของกระเพาะอาหารจะลดลงอีกด้วย การบีบตัวของลำไส้ก็ลดลง เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการท้องผูก

4. การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุไม่เพียงแต่สภาพร่างกายเท่านั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านระบบประสาทส่วนกลาง ความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ สติปัญญา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุมีลักษณะสับสนง่าย ความจำเลอะเลือน หลงลืม ถ้าหากว่าเครียดมาก การเปลี่ยนแปลงจะไปสู่ทางที่เลวได้เช่นกัน ซึ่ง กุลยา ตันติผลาชีวะ (2547) ได้นำเสนอไว้ว่าลักษณะทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การฝังรากแห่งความคิด ความคิดอ่านของผู้สูงอายุจะคงที่ และยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม เกิดขึ้นเพราะความจำเสื่อม อันเนื่องมาจากความอ่อนแอทางร่างกาย และการแยกตัวจากสังคม ทำให้การรับรู้ลดลง การแสดงออกจึงค่อนข้างที่จะอยู่กับสิ่งเก่า ๆ ยึดมั่นประเพณีขนบธรรมเนียม และวัฒนธรรม ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงแนวชีวิตใหม่ ๆ ความคิดใหม่ ๆ เพราะขัดต่อค่านิยมเดิม ในตัวผู้สูงอายุเอง มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องมีปัญหา หรือได้รับปฏิกิริยาตอบโต้จากผู้ที่ยังอ่อนกว่า เนื่องจากความคิดเห็นไม่ตรงกัน

2. การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุไม่เพียงแต่จะมีสาเหตุมาจากสภาพร่างกายเท่านั้น แต่จะขึ้นอยู่กับสิ่งที่ต้องการถูกตัดออกจากสังคมทางอายุด้วย เช่น การออกจากงาน การออกจากความรับผิดชอบในหน้าที่เดิม ความเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุอารมณ์ไม่คงที่ มีความเปล่าเปลี่ยวจิตใจไม่มั่นคง เมื่อมีสิ่งมากระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะโมโห หงุดหงิด โกรธง่ายหรือน้อยใจ บางรายอาจซึมเศร้าหรือมีปฏิกิริยาต่อต้าน

3. การสร้างโลกใหม่แก่ตนเอง วัยสูงอายุเป็นวันที่ใกล้ความตายเข้าไปทุกขณะ การตาย เป็นสิ่งที่นำไปสู่การสิ้นสุดความสัมพันธ์กับญาติ เพื่อน และครอบครัว ปรากฏการณ์นี้สร้างความเครียดให้แก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุจึงพัฒนาตนไปในแบบต่าง ๆ บางคนชอบอยู่บ้าน อยากรู้อยากเห็นกับบุตรหลาน หรือคนในครอบครัว มีความผูกพันกับสมาชิกของครอบครัว เพราะทำให้รู้สึกอุ่นใจ อย่างไรก็ตามในการเปลี่ยนโลกใหม่นี้ สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจตนเองมากกว่า สิ่งอื่นใดก็คือ ความสนใจต่อสุขภาพ มีความพิถีพิถันมากขึ้นในเรื่องการกิน การนอน แม้ว่าเขา จะตัดสินใจและยอมรับเรื่องความสูญเสียในสิ่งที่ตนรัก และการเผชิญกับความตาย

4. ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ความสนใจของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เหมือนกับ ความสนใจของคนในวัยอื่น ๆ คือ เลือกลงใจในสิ่งที่ให้ความพึงพอใจแก่ตนเอง ซึ่งความสนใจนี้จะเกิดขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์เป็นสำคัญ ความสนใจอันดับแรก คือ ความสนใจตัวเอง เพราะ การที่ต้องออกจากตำแหน่งหน้าที่การงานและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลานึกถึงตนเองมากขึ้น ความสับสนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อาจมีอยู่บ้างแต่ลดน้อยลงไปมากชอบชีวิตที่เรียบง่าย

5. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้เนื่องจากภาระหน้าที่และบทบาท ในสังคมที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ทางกาย และจิตใจตามมา เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2548) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่ บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไป ในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่นอกจากการแข่งขันจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ การขาด การยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบความโดดเดี่ยว รู้สึก ถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งทางใจ

2. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับ การทำงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่ดูแล และหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ ผู้สูงอายุเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญปัจจัยเหล่านี้ ก่อให้เกิดความอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระของสังคม

3. ความคับข้องใจทางสังคม การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุรับผิดชอบในภารกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่การมีอายุมากขึ้นกลับทำให้คนรู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

4. การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปหน้าที่ความรับผิดชอบ และหน้าที่ที่ต้องใช้ความคิดความจำไวจะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหน่วยงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุนานัปการ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวในการดูแลช่วยเหลือตนเองให้กับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ

สุพัศตรา สุภาพ (2547) กล่าวถึง ความต้องการขั้นมูลฐานของคนชรา มีดังนี้

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน เช่น ลูกหลานหรือญาติอาจให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตรา หากคนชราไม่มีรายได้อื่นใด ถ้ามองในด้านความมั่นคงทางสังคมก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีโครงการสวัสดิการแก่คนชรา เช่น การให้บำนาญบำนาญ การสงเคราะห์คนชรา หรือการประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ

2. ความต้องการให้เรื่องที่อยู่อาศัย โดยให้คนชราที่มีที่พักพิง เช่น อาจอยู่ในบ้านของตนเองหรือลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

3. ความต้องการในด้านอนามัย คนชรามักมีสภาพร่างกายอ่อนแอกว่าคนในวัยหนุ่มสาว จึงเป็นหน้าที่ของลูกหลานจะต้องให้การเอาใจใส่ ซึ่งในหลายประเทศก็มีบริการด้านนี้อย่างจริงจัง โดยรัฐบาลให้บริการทางด้านประกันสุขภาพแก่คนชรา เช่น อเมริกาและประเทศทางยุโรป เป็นต้น

4. ความต้องการทางการงาน การมีงานทำมีความหมายแก่คนชรามากเป็นที่มาของรายได้ และเป็นการใช้เวลาให้หมดไป ใช้แรงงานให้เกิดประโยชน์เป็นความต้องการความเบื่อบ่าย มีเพื่อที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงความสามารถเพื่อให้คนอื่นยอมรับหรือเคารพนับถือ เพราะคนชราบางคนทำงานไม่ใช่ว่าหวังเงิน แต่ทำเพื่อฆ่าเวลาเพื่อความภูมิใจมากกว่า

5. ความต้องการความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ เป็นสิ่งที่ทุกวัยใฝ่หา ยิ่งในคนชราแล้วความต้องการจะมากขึ้นเพราะเป็นวัยที่เรียกว่าไม้ใกล้ฝั่ง ความตายอยู่ใกล้เข้ามา

ทุกที เป็นวัยที่อยากจะมีความรักและอยากจะถูกรัก เช่น อยากให้ลูกหลาน ญาติพี่น้องนึกถึงและเอาใจตนบ้าง เช่น มาพุดจา กอด จูบ ทำอะไรให้กิน หรือถ้าคนชราทำอะไรให้กินก็ชมเชยบ้าง เป็นต้น เป็นการให้กำลังใจและตอบแทนบุญคุณที่ได้อุ้มชูเกื้อหนุนมา เพื่อให้คนชรามีความสุขในบั้นปลายของชีวิตบ้าง เช่นเดียวกันกับศรีทัตติมา พาณิชพันธ์ (2544) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวหรือแยกตัวอยู่คนเดียว ขาดความมั่นคงทางอารมณ์และทางจิตใจ รวมทั้งทางเศรษฐกิจจึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคล หรือองค์การสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวดั้งเดิมของตนควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มอาสาสมัคร องค์การภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์การภาคเอกชน ทั้งที่เป็นองค์การศาสนาและองค์การที่มิใช่ศาสนา

2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคม ประเภทประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราภาพและเลิกประกอบอาชีพแล้วจะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม

3. ความต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตของชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสดูแลเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการพัฒนาตนเอง การปรับตัวให้ทันต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการปรับปรุงวัฒนธรรมและในการรักษาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. ความต้องการที่จะลดความพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ถ้าหากครอบครัวและสังคมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมแล้ว จะเป็นการช่วยผู้สูงอายุ ให้รู้จักพึ่งตนเองไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

5. ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่

5.1 ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มและสังคม

5.2 ความต้องการยอมรับและความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัวและสังคม

5.3 ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มของชุมชนและของสังคม

5.4 ความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคมและสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับลูกหลานในครอบครัวและสังคมได้

5.5 ความต้องการมีโอกาสทำสิ่งที่ตนปรารถนา

5.6 ความต้องการทางร่างกายและจิตใจ เป็นความต้องการพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งที่ธรรมชาติของร่างกายต้องการ เพื่อมาเสริมสร้างร่างกายให้ดำรงอยู่ได้ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการปัจจัยสี่

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

นิยามของคุณภาพชีวิต เป็นการยากที่จะกำหนดนิยามของคุณภาพชีวิตให้ยอมรับกันเป็นสากล อย่างไรก็ตามก็มีผู้ให้คำนิยามไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันไป เช่น

กัลยาณี ทองสว่าง (2546) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ว่าหมายถึงระดับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน การรู้ต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 6 ด้าน คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Activities of daily living, ADL) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำหรือถ่ายอุจจาระ การทำงานบ้าน การประกอบอาหาร การไปตลาด และการปลูกผักสวนครัว โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

2. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic) หมายถึง รายรับหรือรายได้แต่ละเดือนเพื่อตอบสนองความต้องการต่าง ๆ สภาพการเงิน รวมทั้งมีเงินเหลือจากค่ารักษาพยาบาลเพียงพอหรือไม่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

3. สถานภาพทางสังคม (Social) หมายถึง ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุและการป้องกันสภาพเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน กิจกรรมในสังคม เช่น เป็นกรรมการหรือสมาชิกชมรมต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

4. สภาพแวดล้อม (Environment) หมายถึง บริเวณรอบ ๆ บ้าน ได้แก่ สภาพบ้าน มีความคงทนถาวร มีห้องเป็นสัดส่วน มีอากาศระบายถ่ายเท จัดเก็บของเรียบร้อย มีแสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ ไม่อับทึบหรือมีกลิ่นรบกวน มีการกำจัดขยะมูลฝอย มีเครื่องใช้ไฟฟ้า มีน้ำสะอาดหรือน้ำประปา มีเครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

5. สุขภาพกาย (Physical health) หมายถึง ลักษณะอาการผิดปกติและโรคต่าง ๆ ได้แก่

5.1 อาการผิดปกติต่าง ๆ ได้แก่ ปวดข้อ ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าทาง ท้องอืด ท้องผูก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ คันตามผิวหนัง ตามัว เจ็บหน้าอก การได้ยิน และการเคี้ยวหรือฟัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

5.2 โรค ได้แก่ โรคทางเดินสมองและระบบประสาท โรคระบบทางเดินหายใจ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคตา โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับไม่ดี 2) ระดับปานกลาง 3) ระดับดี

6. สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง สภาวะจิตใจและความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในการดำรงชีวิต ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

6.1 สภาพจิตใจ (Mental state) เป็นสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ วัดความสามารถของสมองในด้านการรับรู้เวลา การรับรู้สถานที่ ความจำ การคำนวณ การรำลึก ด้านภาษาและการสื่อสาร วัดโดยใช้แบบวัดสุขภาพจิต ครอบคลุมเนื้อหา 6 ด้าน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) สภาพจิตปกติ 2) สภาพจิตเริ่มเสื่อม 3) สภาพจิตเสื่อม

6.2 ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ มีความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีความรุนแรง จะมีความรู้สึกกลัวจนสุดขีด ประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ การมีเรื่องก่อกวนใจ ความรู้สึกกลัว หงุดหงิด ไม่สบายใจจนรู้สึกปั่นป่วนในท้อง กระสับกระส่าย ผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน หัวใจเต้นเร็วและแรง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีความรู้สึก 2) รู้สึก 1-4 วัน/ สัปดาห์ 3) รู้สึก 5-7 วัน/ สัปดาห์

6.3 ความซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ คล้ายกับความวิตกกังวล ประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ เหนงาบ่อย เบื่อหน่าย วิตกกังวล ไม่อยากทำอะไร รู้สึกตนเองไม่มีค่า รู้สึกอยากร้องไห้ รู้สึกหมดกำลังใจและสิ้นหวัง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีความรู้สึกเลย 2) รู้สึก 1-4 วัน/ สัปดาห์ 3) รู้สึก 5-7 วัน/ สัปดาห์

6.4 ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกที่ดีของผู้สูงอายุ ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม สภาพแวดล้อม สุขภาพกาย สภาพการอยู่อาศัย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) รู้สึกพึงพอใจมาก 2) รู้สึกพึงพอใจปานกลาง และ 3) รู้สึกพึงพอใจน้อย

ดวงใจ คำคง (2554) สรุปไว้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ และ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุข ตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบ ๆ ตัวเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หรือ สามารถจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ในขณะที่ปกติเรามักจะนึกถึงผู้สูงอายุในด้านของการเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย เต็มไปด้วยความอ่อนแอ สุขภาพไม่ดี มีความเจ็บป่วย และต้องพึ่งพิงผู้อื่น เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุนั้นมักมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ซึ่งความเป็นจริงการก้าวเข้าไปสู่ความเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้หมายถึงการเป็นโรค หรือการเจ็บป่วย แต่เป็นพัฒนาการของชีวิตที่เปลี่ยนไปตามวัฏจักร โดยเป็นช่วงวัยที่อวัยวะต่าง ๆ และระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไป

โดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตอยู่ที่ดี มีความสุข และพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ มีสุขภาพที่ดี ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และจะเริ่มเสื่อมถอยลงเมื่อระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1995, หน้า 19) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) การรับรู้สภาพร่างกายที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน จากทฤษฎีทางชีวภาพแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบด้านร่างกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น หากผู้สูงอายุยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายยอมรับความจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพดี ก็จะพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม, 2534, หน้า 32-37) เช่น การศึกษาของ อรฉัตร โทยยานนท์ (2544) ศึกษาเรื่องการทรงตัวและปัจจัยเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า เกิดจากความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา และพยาธิสภาพทางด้านร่างกาย มีผลทำให้อุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเองจากทฤษฎีเชิงจิตวิทยาแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจในตนเอง รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หาสิ่งอื่นมาทดแทนสิ่งที่เสียไป หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ดี

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม มีกิจกรรมร่วมกันในสังคมจากทฤษฎีเชิงสังคม

แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมไม่ว่าจะเกิดจากการเกษียณอายุ หรือ ความเสื่อมถอยของสุขภาพ จากทฤษฎีสังคมวิทยา ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้โดยพยายามหาบทบาทใหม่ ในสังคม เพื่อร่วมกิจกรรมในสังคม และผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำอยู่เสมออย่างต่อเนื่องจะ มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทำและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการ ที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตของตนร่วมกับบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม และต้องการช่วยเหลือ สังคม ซึ่งแนวคิดนี้มีแนวโน้มที่สูงขึ้น (วรรณิภา บุญระยอง, 2540, หน้า 40) และตามทฤษฎี กิจกรรม กล่าวว่าการไม่มีกิจกรรมเป็นผลให้ความสุขในชีวิตต่ำ มีความรู้สึกไร้ค่า และจะเป็นคน ที่ปรับตัวให้เข้ากับวัยและสิ่งแวดล้อมได้ยาก (รุจิวงศ์ แอกทอง, 2549, หน้า 37) และกรณีศึกษา เจริญลักษณ์ (2545, หน้า 65) กล่าวว่าทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ สำหรับบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุ มีกิจกรรม จะทำให้ผู้สูงอายุคงบทบาทและสถานภาพของตนเองไว้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับ ของสังคม

4. ด้านสภาพแวดล้อม (Environmental domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ที่อยู่อาศัย มลพิษต่าง ๆ บริการสวัสดิการในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การคมนาคม การเมืองการปกครองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีด้วย

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล บุคคลแต่ละบุคคล จะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน แล้วแต่วัตถุประสงค์ ของการศึกษา การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละ องค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามทัศนคติของแต่ละบุคคลหรือสังคม ได้มีนักวิชาการหลาย ๆ ท่าน ได้สรุปและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

Flanagan (1998) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ของมนุษย์ซึ่งจำแนกออกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีอาหารดี มีบ้านที่น่าอยู่ มีเครื่อง อำนวยความสะดวก

2. มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. มีการพัฒนาทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น สติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจ ทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

Zhan (1994) ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาวะภายนอกที่ได้รับอิทธิพลจากภูมิหลังของคน บุคลิกลักษณะ สิ่งแวดล้อม และสถานภาพทางสุขภาพ สิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความต้องการ ความคาดหวัง ความใคร่ ความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่คน ๆ หนึ่งมีต่อตนเอง ความเชื่อ ความรู้สึกเหล่านี้มาจากการรับรู้โดยเฉพาะการรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของคน ๆ หนึ่งเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากประเมินอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมและยังต้องพิจารณาถึงอิทธิพลทางสังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองด้วย
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการประเมินการประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคม

การประเมินและการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือวัดระดับคุณภาพชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของนักวิชาการแต่ละบุคคลหรือกลุ่ม ดังต่อไปนี้

Stromberg (1994) ได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณด้วยการวัดจากรายได้ ที่อยู่อาศัย กิจกรรม และความบริสุทธิ์ของอากาศ ซึ่งเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือนุเคราะห์อื่น ๆ ในทีมสุขภาพ

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเชิงปริมาณด้วยการสืบค้นความต้องการ ความหมกหมัว ทักษะคิด และการรับรู้ของแต่ละคนขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือ ประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจที่ตนเองได้รับ ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยเป็นการบรรยายและการบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1998) ได้ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลต่อชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ทางสภาพด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และการพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่อง การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวก ที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิและการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของคุณดีหรือไม่ดี คุณมีความสุขหรือไม่ดี คุณมีความปลอดภัยหรือไม่ดี คุณมีความมั่นคงในชีวิตหรือไม่ดี การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ สังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของคุณ ที่มีต่อผลการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต ความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต ต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล (2541) ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อ ฉบับไทย จากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL-BREF, 1996) แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ถึงสภาพทางด้านร่างกายของคุณ ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงสภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของคุณ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ดัชนีชี้วัด 1) ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 2) กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 3) การนอนหลับพักผ่อน 4) การเคลื่อนไหว 5) การดำเนินชีวิตประจำวัน 6) การใช้ยาหรือการรักษา 7) ความสามารถในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้ถึงสภาพจิตใจของคุณเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของคุณที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่อด้านอื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น มี 6 ดัชนีชี้วัด ได้แก่ 1) ความรู้สึกในด้านดี 2) การคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ 3) การนับถือตนเอง 4) ภาพลักษณ์และรูปร่าง 5) ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 6) จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) สัมพันธภาพทางสังคม 2) การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมและ 3) กิจกรรมทางเพศ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ตนเองได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

มี 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความปลอดภัยทางร่างกาย และความมั่นคงในชีวิต 2) สภาพแวดล้อมของบ้าน 3) แหล่งการเงิน 4) การดูแลสุขภาพและบริการทางสังคม 5) การรับรู้ข่าวสาร และทักษะใหม่ ๆ 6) การมีส่วนร่วมมีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง 7) สภาพแวดล้อม 8) การคมนาคม

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยนำกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ ความเชื่อความสามารถของตนเอง ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดในตัวบุคคล ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีน่าจะมีความสัมพันธ์มีผลกับการที่จะมีคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิต

ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุต้องมีความสามารถระบุการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ความต้องการผู้สูงอายุ การเตรียมตัวผู้สูงอายุ ศาสนากับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE ที่กล่าวว่า ความรู้ เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของ ขวัญใจ ต้นดิวัฒน์เสถียร (2534, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตัวอย่างประชากรที่ศึกษาผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้ภาวะสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสวดใส ศรีสอาด (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปได้ว่า ความรู้เรื่องผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องผู้สูงอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องผู้สูงอายุน้อย

2. ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกับคุณภาพชีวิต

ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเอง และรู้ว่าตนเองมีความสามารถระดับใดเพื่อพิจารณาตัดสินใจในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับ Bandura กล่าวว่าการมีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถที่ไม่แตกต่างกันแต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกันการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันเช่นกัน สอดคล้องกับดวงพร รัตนอมรชัย (2553, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจ

ผู้อื่นและการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นและการรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจ โดยความบังเอิญมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมแตกต่างกัน สอดคล้องกับวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะ ของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า รับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวารากรณ์ นารินทร์ภัย (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอก ตนด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรอบเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในแขวง รอบเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิต สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับ การดูแลตนเอง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อความสามารถตนเองในการมี คุณภาพชีวิตที่ดีมาก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อความสามารถตนเอง ในการมีคุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น

3. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีกับคุณภาพชีวิต การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยง ที่จะมีความเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีผล โดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีผล โดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และในภาวะการณ์มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละ คนจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน สอดคล้องกับ Becker and Maimam (1975, p. 20) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผล โดยตรงต่อการปฏิบัติตาม คำแนะนำด้านสุขภาพ และในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อใน ระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ ไชยอำพร และ สนิท สมักรการ (2534, หน้า ก-ข) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตคนไทย กรณีศึกษา เปรียบเทียบระหว่างชาวเมืองกับชาวชนบท ในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ ที่มีโครงสร้างแน่นอน ซึ่งได้มีการพัฒนามาจากแนวความคิดการวัดคุณภาพชีวิตที่ทำการวิจัยอยู่ ในสังคมตะวันตก โดยเฉพาะการศึกษาของ โอโรส ลีลากุลชนิด (2533, หน้า 13-14) ซึ่งได้แบ่งชีวิต

โดยรวมของแต่ละคนออกเป็น 13 มิติย่อย คือ ครอบครั้ว การงานอาชีพ ชีวิตสังคม การพักผ่อน หย่อนใจ สุขภาพอนามัย การสาธารณสุข การบริโภคสินค้าและบริการ การครอบครองทรัพย์สิน ทัศนสภาพเกี่ยวกับตนเอง ความเชื่อและศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับท้องถิ่นของตน ความรู้สึกเกี่ยวกับรัฐบาลของตน และความรู้สึกเกี่ยวกับประเทศของตน เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับ วัตถุประสงค์ชีวิตโดยรวม ในแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้เพิ่มข้อมูลทางด้านพฤติกรรม และวัตถุประสงค์ต่าง ๆ เข้าไปด้วยเท่าที่จะหาได้ ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ทั้งหมด 600 ราย เป็นผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ 200 ราย แยกเป็นอยู่ในเขตชุมชนแออัด 100 ราย และนอกชุมชนแออัด 100 ราย ส่วนที่เหลืออีก 100 ราย อยู่ใน 8 จังหวัดภาคกลาง ในจำนวนนี้ 200 ราย อยู่ในเขตเทศบาล และอีก 200 ราย อยู่ในชนบทนอกเขตเทศบาล การสุ่มตัวอย่างได้ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน และแบบเฉพาะเจาะจง โดยพยายามให้ตัวอย่างกระจายตัวไปตามอาชีพต่าง ๆ อย่างได้สัดส่วนกัน ผลของการวิจัยพบว่า คนไทยใน กทม. จังหวัดภาคกลางส่วนมากมีความพึงพอใจในชีวิตของตน มิติชีวิตที่แสดงระดับความพึงพอใจสูงมาก ได้แก่ ครอบครั้วตนเอง สังคม สุขภาพ อนามัย ความเชื่อและศาสนา มีความแตกต่างกันอยู่บ้าง สำหรับผู้ที่อยู่ในเขตเมืองและชนบทที่สำคัญก็คือเรื่องของแรงงาน ซึ่งรวมทั้งรายได้ดีมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบทและอยู่ในชุมชนแออัดของ กทม. มีความพึงพอใจต่ำ แต่ผู้ที่อยู่นอกเขตชุมชนแออัดของ กทม. และในเขตเทศบาลจังหวัดภาคกลาง มีความพึงพอใจค่อนข้างสูง โดยรวมแล้วพอจะสรุปได้ว่าคนไทยส่วนมากทั้งใน กทม. และต่างจังหวัด มีความพึงพอใจในสภาพชีวิตของตนในปัจจุบัน

สรุปได้ว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีมาก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี น้อย

4. การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีกับคุณภาพชีวิต

การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มีต่อความรุนแรงของคุณภาพชีวิตที่มีผลต่อตนเองหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สนับสนุนแนวคิดของ Becker and Maimam (1975, p. 20) สอดคล้องกับชนากานต์ บุญนุษ (2540, หน้า ๖) ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยพยาบาลศิริราช

ตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ระดับความพึงพอใจ ความต้องการคุณภาพชีวิตและการลำดับความสำคัญคุณภาพชีวิต 9 มิติ คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การศึกษา ภาวะแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การทำงาน การพัฒนาจิตใจ อาหารและโภชนาการ และเครื่องนุ่งห่ม ซึ่งมีตัวแปรอิสระด้านจำนวนบุคคลในความรับผิดชอบภาระหนี้สิน และสวัสดิการหอพัก ความพอเพียงของรายได้ การโอนกรรมสิทธิ์ของที่อยู่อาศัยการศึกษาและพัฒนาจิตใจ โดยศึกษาในระดับคุณภาพชีวิตที่เป็นจริงและการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตแต่ละมิติ เมื่อจำแนกตามตัวแปรอิสระแต่ละด้านกลุ่มตัวอย่างมี 362 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบวัดวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 สถิติที่ใช้ คือ การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว สอดคล้องกับศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิต ไม่ดีมาก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น

5. การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดีกับคุณภาพชีวิต

การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี การที่ผู้สูงอายุแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ มีคุณภาพที่ดี โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวคิดของ Becker and Maimam (1975, p. 20) กล่าวว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541, หน้า 80) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สอดคล้องกับสดี สตรีสอาด (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับประทานอาหาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดีมาก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดีน้อย

6. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดีกับคุณภาพชีวิต

การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดี เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้สูงอายุต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่ดี จากแนวคิดของ Becker and Maimam (1975, p. 20) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษา ได้สอดคล้องกับ สดใส ศรีสอาด (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับประทุม ยนต์เจริญกล้า (2546, หน้า 108) ศึกษารูปแบบและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้มารับการตรวจสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 380 คน อายุระหว่าง 20-50 ปี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลกับการบริโภคอาหารของผู้มารับการตรวจสุขภาพ สอดคล้องกับเด่นดวงดี ศรีสุระ (2550, หน้า 125) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม โรคยา และอบายมุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 2

ในสถานศึกษา 5 แห่ง ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปได้ว่า การรับรู้ ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิต ดีมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตด้อย

ปัจจัยเอื้อกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ประกอบด้วย การมีและเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังต่อไปนี้

1. การมีและเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิต

การมีและเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ เป็นการที่ผู้สูงอายุเข้าไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ยังสถาน บริการอื่น ๆ เช่น สนามกีฬา สถานที่ออกกำลังกาย ตลาด ร้านค้า สถานที่พักผ่อน สวนสาธารณะ วัดสอดคล้องกับ Barrabba (1980, p. 10 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 84) ได้วิจัยเกี่ยวกับ ตัวชี้วัดคุณภาพของประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 1980 โดยกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ ชีวิตดังกล่าวออกเป็น 11 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ประชากรและครอบครัว 2) สุขภาพและโภชนาการ 3) ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม 4) การคมนาคม 5) ความปลอดภัยสาธารณะ 6) การศึกษา และการฝึกอบรม 7) การทำงาน และการมีงานทำ 8) ความปลอดภัยและสวัสดิการทางสังคม 9) รายได้และผลิตภัณฑ์ 10) การมีส่วนร่วมทางสังคม 11) วัฒนธรรมการพักผ่อนหย่อนใจ และการใช้เวลา สอดคล้องกับเกษียร นพรัตน์ (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต ของข้าราชการกรมสวัสดิการทหารบก 12 มิติ ได้แก่ อาหารและโภชนาการ ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม รายได้และทรัพย์สินการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น ความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เครื่องนุ่งห่ม การพัฒนาการเป็นอยู่ และกำหนดวิถีชีวิตของตนเอง และชุมชน การได้รับการบริการด้านการศึกษา การได้รับการด้านสุขอนามัย การได้รับการ พื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจ จำนวนบุตรที่ปรารถนา การได้รับการพื้นฐานพบว่า ระดับคุณภาพ ชีวิตในมิติแต่ละมิติส่วนใหญ่จะมีระดับปานกลาง ส่วนมิติที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ ได้แก่ การได้รับ บริการด้านการศึกษา ระดับความพึงพอใจในมิติแต่ละมิติส่วนใหญ่มีระดับสูง ส่วนระดับ ความต้องการคุณภาพชีวิตในมิติแต่ละมิติพบว่า ส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับการในด้านต่าง ๆ ในระดับสูง ผลจากการวิจัยและทดสอบพบว่า กำลังพลในกรมสวัสดิการทหารบก มีคุณภาพชีวิต ทั้ง 12 มิติ แตกต่างกันในแต่ละมิติ เนื่องจากตัวแปรต่อไปนี้ อายุ เพศ ระดับยศ อายุราชการ ระดับ การศึกษา ภูมิลำเนาเดิม สถานภาพสมรส และจำนวนคนในครอบครัว สอดคล้องกับศุภวรินทร์

หันทิตติกุล (2539, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า การมีแหล่งบริการด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การมีและเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่มีการมีและเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ มาก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการมีและเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ น้อย

2. การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขกับคุณภาพชีวิต

การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการมีสถานบริการสุขภาพที่ทั่วถึง มีหน่วยบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น การที่ผู้สูงอายุเข้าไปใช้สถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาล สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน จะทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ตามแนวคิดของ Green, Kreuter, Deeds and Partridge (1980, pp. 14-15) กล่าวว่า เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านแหล่งทรัพยากร มีบริการ อุปกรณ์ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมที่อยู่อย่างเพียงพอหาได้ง่าย สอดคล้องกับเกษียร นพรัตน์ (2539, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของข้าราชการกรมสวัสดิการทหารบก 12 มิติ ได้แก่ การได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในมิติแต่ละมิติส่วนใหญ่จะมีระดับปานกลาง สอดคล้องกับวันเพ็ญ ขำเพ็ญ (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชนบทจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 262 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ การเข้าถึงสุขภาพ

สรุปได้ว่า การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่มีการมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขมาก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขน้อย

ปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน ซึ่งเป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับคุณภาพชีวิต

การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ความต้องการผู้สูงอายุ การเตรียมตัวผู้สูงอายุ ศาสนากับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังแนวคิดของ Pender (1987, p. 396) กล่าวว่า การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้น ๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Markley and Bagley (1975, pp. 187-190) ได้วิจัยเรื่อง มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับคุณภาพชีวิตของประชาชน ค.ศ.1975 พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต คือ ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health) สอดคล้องกับ สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าผู้สูงอายุที่มีการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อย

2. การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้านกับคุณภาพชีวิต

การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้านให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ความต้องการผู้สูงอายุ การเตรียมตัวผู้สูงอายุ ศาสนากับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังแนวคิดของ Barrear (1982, pp. 145-159) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลทางเครือข่ายในสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับ สดใส ศรีสอาด (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Markley and Bagley (1975,

pp. 187-190) ได้ทำการวิจัยเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับคุณภาพชีวิตของประชาชน ค.ศ. 1975 พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต คือ 1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (Economics) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health) 3) ปัจจัยด้านสังคม (Social) 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ (Natural environment) 5) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (Physical environment) สอดคล้องกับ Tarber (1975, p. 154 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553 หน้า 87) ทำการวิจัยโดยจัดสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตไว้ 5 กลุ่ม คือ 1) เศรษฐกิจ 2) การศึกษา 3) ที่อยู่อาศัย 4) ความพอใจในสภาพแวดล้อม และ 5) สาธารณปลอดภัย สอดคล้องกับ Mangahas (1995, p. 234 อ้างถึงใน ชนาگانต์ บุญนุช, 2540, หน้า 38) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชน ค.ศ. 1977 เพื่อที่จะประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศโดยดูว่าโครงการพัฒนาใดที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวบ้าง ทั้งนี้ เขาได้ใช้ดัชนีในการวัด 9 ตัว คือ สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และความยุติธรรม คำนิยมทางการเมืองและการเลื่อนขั้นทางสังคม ซึ่งดัชนีทั้งหมดนี้ยังมีดัชนีย่อยอีก เช่น จากการศึกษาการตายทารกในประเทศฟิลิปปินส์ได้ลดลง ประมาณร้อยละ 10 จากเมื่อ 20 ปีที่แล้ว แต่ก็ยังมีอัตราตายถึง 67 คน ต่อ 1,000 คน ซึ่งมีเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว จะเห็นว่าดัชนีทางด้านนี้ ของฟิลิปปินส์ยังสูงมาก สอดคล้องกับศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวญาติ และเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ วันทนา ขำเพ็ง (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชนบทจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 262 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน

สรุปได้ว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ผู้สูงอายุที่มีการ ได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้านมาก จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการ ได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้านน้อย

ปัจจัยทางชีวสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพหลัก สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

1. เพศกับคุณภาพชีวิต

เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุแยกเป็น ชาย หญิง เพศเป็นลักษณะที่แสดงความแตกต่างด้านสรีระวิทยาและการกำหนดบทบาททางสังคม ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งอาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ดังแนวคิดของ Orem (1980, p. 220)กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างของบุคคลด้านค่านิยม นอกจากนี้เพศยังเป็นค่าในการในการกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพภายในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย สอดคล้องกับ Dvis et al. (1982, pp. 32-35) อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 88) ได้ทำการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการกินดีอยู่ดีมีสุขของประชาชนในทวีปยุโรป 8 ประเทศ ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก ฝรั่งเศส เยอรมัน อังกฤษ ไอร์แลนด์ อิตาลี และเนเธอร์แลนด์ เพื่อศึกษาว่าประชาชนในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ มีการรับรู้เกี่ยวกับการอยู่ดีมีสุข แตกต่างตามตัวแปรเรื่องเพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย สิทธิในการถือครอง บ้าน และที่ดิน และรายได้หรือไม่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างประเทศละ 2,000 คน ผลการวิจัยพบว่า เพศชายมีสุขภาพดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับสไตล ศิริสะอาด (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Alan (1997, pp. 35-55 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 88) ได้ศึกษาผลกระทบของชาติพันธุ์ เขตที่อยู่อาศัยและตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอเมริกันเม็กซิกัน จำนวน 202 คน โดยกำหนดว่ากลุ่มตัวอย่าง ต้องแต่งงานแล้ว และมีบุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปี อย่างน้อย 1 คน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ในเขตเมืองและเขตชนบท (เขตเมือง คือ เมืองสต็อกตัน และเขตชนบท คือ หมู่บ้านริฟเวอร์แบงก์ ในแคลิฟอร์เนีย) ผลการวิจัยสรุปว่า การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของชาวชนบทจะสูงมาก (โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง) สอดคล้องกับอำนาจ สันเทพ (2532, หน้า 82-85) ได้ทำการศึกษาความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในเขตสาธารณสุขเขต 5 ตามองค์ประกอบที่บ่งตามองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิต 9 ประการ ได้แก่ 1) ด้านรายได้ 2) ด้านที่อยู่อาศัย 3) ด้านเครื่องนุ่งห่ม 4) ด้านอาหาร 5) ด้านสุขภาพอนามัย 6) ด้านสมาชิกในครอบครัว 7) ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 8) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม 9) ด้านความมีเสรีภาพ โดยจำแนกตัวแปรตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาทำงาน และสถานภาพสมรส ผลการศึกษาพบว่า ด้านเพศ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ชายและหญิงมีความต้องการองค์ประกอบด้านเครื่องนุ่งห่ม (ราคา) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกนั้นก็มีความต้องการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับศิริพร ลิ้มพัฒนานันท์ (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรม

การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 400 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สรุปได้ว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

อายุ หมายถึง อายุของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอำนาจเจริญ เป็นจำนวนเต็มใน พ.ศ. 2550 อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังแนวคิดของ Orem (1991, p. 245) กล่าวว่า อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลกับประสบการณ์ในอดีต แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงในวัยที่มากขึ้น อายุที่ต่างกันจะทำให้พฤติกรรมต่าง ๆ ลดลง สอดคล้องกับ Dvis et al. (1988, p. 65 อ้างถึงใน ชนากานต์ บุญนุช, 2540, หน้า 41)

ได้ทำการศึกษาการรับรู้ เกี่ยวกับการกินคือผู้ที่มีสุขของประชาชนในทวีปยุโรป 8 ประเทศ พบว่า ผู้มีอายุน้อย (18-24 ปี และ 25-29 ปี) จะประเมินสุขภาพในเกณฑ์ดีแต่ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะประเมินว่าตนมีสุขภาพเลวลง สอดคล้องกับ สดิส (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 510 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวันทนี ขำเพ็ง (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชนบทจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 262 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ อายุ สอดคล้องกับอำนาจ สันเทพ (2532, หน้า 82-85) ได้ทำการศึกษาความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในเขตสาธารณสุขเขต 5 ตามองค์ประกอบที่บ่งถึงคุณภาพชีวิต 9 ประการ ได้แก่ 1) ด้านรายได้ 2) ด้านที่อยู่อาศัย 3) ด้านเครื่องนุ่งห่ม 4) ด้านอาหาร 5) ด้านสุขภาพอนามัย 6) ด้านสมาชิกในครอบครัว 7) ด้านความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน 8) ด้านการมี

ส่วนร่วมในสังคม 9) ด้านความมีเสรีภาพ โดยจำแนกตัวแปรตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษาระยะเวลาทำงาน และสถานภาพสมรส ผลการศึกษาพบว่า ด้านอายุ พบว่า เจ้าหน้าที่ระดับที่มีอายุต่างกัน มีความต้องการองค์ประกอบด้านรายได้ และมีการมีส่วนร่วมใน สังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P > 0.05$) นอกนั้นความต้องการ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($P > 0.05$)

สรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพคุณภาพชีวิต ความต้องการด้านรายได้และการมีส่วนร่วมในสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า อายุมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3. อาชีพหลักกับคุณภาพชีวิต

อาชีพหลัก เป็นอาชีพของผู้สูงอายุที่เป็นหลักในการหารายได้ มาใช้จ่ายในการดำรงชีพ แบ่งได้ดังนี้ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง แม่บ้าน และรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ดังแนวคิดของ Barrear (1986, p. 202) กล่าวว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของบุคคล เนื่องจาก อาชีพมีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่ และโอกาสในการพบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่อ ทศนคติ รวมถึง พฤติกรรมของบุคคล ลักษณะอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ ที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับสุมลรัตน์ เวียงธรรม (2531, หน้า ง) ได้ศึกษาเรื่อง “การวิเคราะห์ องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนจังหวัดศรีสะเกษ” โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ หัวหน้าครัวเรือนจำนวน 198 คน ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรทั้งหมด 72 ตัวแปร ที่ครอบคลุม องค์ประกอบทั้ง 6 ด้านที่กำหนดไว้ในสมมุติฐาน คือ ประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ อนามัย นันทนาการและสภาพของบ้านเรือน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์ได้องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 13 องค์ประกอบ คือ ลักษณะครอบครัว เครื่องอุปโภคภายในบ้าน ความสัมพันธ์ของชุมชน การครอบครองทรัพย์สิน การประกอบอาชีพ หลัก ขนาดของครอบครัว ความสะอาดของที่อยู่อาศัย หน้าที่ของบุคคลต่อชุมชน ความเชื่อถือในตัว บุคคล พื้นที่ใช้สอยภายในบ้าน การเจ็บป่วยและการรักษา การเพิ่มความสมบูรณ์ของร่างกาย สภาพ ร่างกาย และความช่วยเหลือที่ได้รับ โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 55.60 และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุดมีค่าเท่ากับ 25.94 ส่วนคะแนนคุณภาพต่ำสุดมีค่าเท่ากับ -30.90 สอดคล้องกับวันทนีย์ ขำเพ็ง (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัย อยู่ในชนบทจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 262 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ อาชีพ สอดคล้องกับศิริพร

ลิมปพัฒนานนท์ (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในอำเภอหัวหิน จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์จำนวน 400 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอนหลับ กลางคืน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

4. สถานภาพกับคุณภาพชีวิต

สถานภาพในการสมรสเป็นความผูกพันระหว่างสามีและภรรยาหรือการอยู่ ปรองดองได้ว่า อาชีพหลักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการนอนหลับกลางคืน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนกับคุณภาพชีวิต

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นเงินหรือค่าตอบแทนที่หามาได้จากการช่วยกันของสมาชิก ในครอบครัวทุกคน เพื่อนำไปใช้จ่ายในครอบครัว เช่น ค่าตอบแทนในงานประจำ งานพิเศษ หรือเบี้ยยังชีพซึ่งเป็นรายได้ของผู้สูงอายุที่ได้รับ หากมีรายได้ของครอบครัวที่มากก็จะทำให้ มีสุขภาพที่ดี ดังแนวคิดของ Becker and Maimam (1975, pp. 10-24) กล่าวว่า รายได้เป็น ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่มีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพแตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้เพียงพอ จะมีเวลาเอาใจใส่สุขภาพได้ดี เพราะรายได้เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้คนสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ สุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งยังสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะใช้เวลา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำให้มีเวลาเอาใจใส่สุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ สอดคล้องกับ มธุรส จันทรแสงสี (2540, บทคัดย่อ อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 93) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรม ของผู้สูงอายุ แขวงรอบเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในแขวงรอบเมือง กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สอดคล้องกับวันทนีย์ ขำเพ็ง (2544, บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 262 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 คือ รายได้ สอดคล้องกับ Dvis et al. (1987, p. 254 อ้างถึงใน ชนาภาณต์ บุญนุช, 2540, หน้า 41) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ เกี่ยวกับการกินดีอยู่ดีมีสุขของประชาชนในทวีป

ยุโรป 8 ประเทศ เพื่อศึกษา ว่าประชาชนในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ มีการรับรู้เกี่ยวกับการอยู่ดีมีสุข แตกต่างตามตัวแปร เรื่องเพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัยสิทธิในการเลือกครองบ้านและที่ดิน และรายได้ หรือไม่ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างประเทศละ 2,000 คน ผลการวิจัยโดยรวมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ 1) ด้านสุขภาพอนามัย พบว่า รายได้ มีผลต่อการประเมินสุขภาพของตนเอง ผู้มีอายุน้อย (18-24 ปี และ 25-29 ปี) จะประเมินสุขภาพในเกณฑ์ดี แต่ผู้มีอายุมากขึ้นจะประเมินว่าตนมีสุขภาพเลวลง และพบว่า ผู้มีรายได้ต่ำก็จะมีสุขภาพไม่ดีตามไปด้วย 2) ด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้มีรายได้ต่ำ มีความพอใจต่อบ้านของตนเองในระดับต่ำ และพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีความรู้สึกพอใจต่อบ้านในระดับสูง ถึงแม้ว่าเขาจะมีบ้านที่ไม่ใหญ่โตก็ตาม 3) ด้านความพอใจในชีวิต พบว่า รายได้เป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดของการมีความพึงพอใจในชีวิต โดยบุคคลที่มีรายได้สูงจะแสดงความพอใจในชีวิตสูง ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำจะแสดงความพอใจในชีวิตต่ำไปด้วย นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุ จะมีความรู้สึกไม่พอใจต่อชีวิตค่อนข้างสูง สอดคล้องกับ Alan (1997, p. 321 อ้างถึงใน เกษียร นพรัตน์, 2539, หน้า 68) ได้ศึกษาผลกระทบของชาติพันธุ์ เขตที่อยู่อาศัยและตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตกับกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นอเมริกัน จำนวน 202 คน โดยกำหนดว่ากลุ่มตัวอย่าง ต้องแต่งงานแล้ว และมีบุตรที่อายุต่ำกว่า 18 ปี อย่างน้อย 1 คน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ในเขตเมืองและเขตชนบท (เขตเมือง คือ เมืองสต็อกตัน และเขตชนบท คือ หมู่บ้านริฟเวอร์เบงก์ ในแคลิฟอร์เนีย) ผลการวิจัยสรุปว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับประภาพร จินันทุยา (2536, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง โดยใช้ตัวแปรอิสระ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย รายได้ เงินออม/ ภาระหนี้สิน กรรมสิทธิ์ที่อยู่อาศัย การทำประกัน ส่วนตัวแปรตาม คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง การทำกิจกรรม พบว่า ร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ และปานกลางมีเพียง ร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปร ที่เกี่ยวกับลักษณะอาชีพสุดท้ายที่ทำ ลักษณะการอยู่อาศัย การเป็นสมาชิกชมรม ภาระหนี้สิน และโรคประจำตัว สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 12.7 และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ โรคประจำตัว ภาระหนี้สิน การทำประกันเป็นตัวแปรสำคัญส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์ (2540, บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนา ในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 400 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอนหลับกลางคืน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า

รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับ เกษก่อง สีหพงษ์ (2539, บทคัดย่อ อ้างถึงใน ศิริบุษ ฉายแสง, 2553, หน้า 93) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ ภาวะสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรอบเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุระหว่าง 60-70 ปี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัย ส่วนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ รายได้ของครอบครัว

สรุปได้ว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม การนอนกลางคืน และพฤติกรรมการใช้ยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

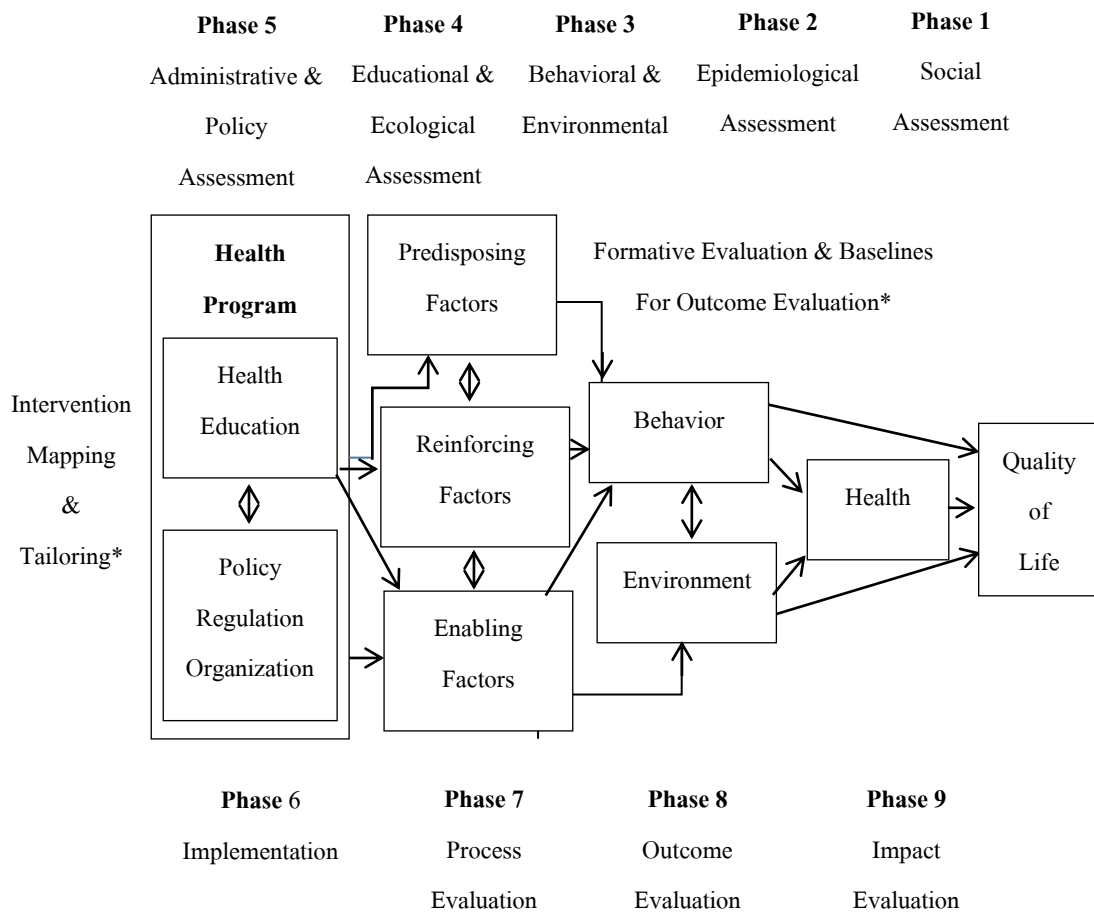
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. PRECEDE Framework หรือ PRECEDE Model

PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ แบบสหปัจจัย (Multiple causality assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ต้องวิเคราะห์ สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน โดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ รวมกัน เพื่อการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัย เอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม

PRECEDE Framework พัฒนาโดย Green ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการ ประเมินผลโครงการสุขศึกษา ซึ่งเป็นที่ตระหนักกันว่าข้อจำกัดของการดำเนินงานสุขศึกษา คือ การวางแผน ส่วนใหญ่มักเป็นลักษณะของแผนกิจกรรมหรือแผนปฏิบัติการ ส่วนการประเมินผล ก็มักจะเน้นการประเมินผลกิจกรรม หรือประเมินปัจจัยนำเข้าเป็นหลักซึ่งทำให้ไม่สามารถจะ ปรับปรุงหรือพัฒนาการดำเนินงานสุขศึกษาไม่บรรลุได้อย่างแท้จริง ปัญหาดังกล่าว เป็นสาเหตุ ที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้งานสุขศึกษาไม่เป็นที่ยอมรับกันเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ต่อมา Green และคณะผู้ร่วมงานในมหาวิทยาลัย JOHN HOPKINS (Green,



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE (Green et al., 1980, pp. 14-15)

โดยมีการวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนขั้นต่าง ๆ 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Phase 1: Social diagnosis)

เป็นการดำเนินงานขั้นแรกของกระบวนการสุขภาพตามกรอบแนวคิด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนสุขภาพ ในขั้นนี้เน้นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ หรือสิ่งที่เกี่ยวข้องของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ หรือสิ่งที่ประเมินได้จะใช้เครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตประชานั้น เนื่องจากสุขภาพกับสังคมและคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กันในลักษณะสองทิศทาง คือ ปัญหาสุขภาพมีผลโดยตรงต่อปัญหาสังคม และคุณภาพชีวิตและสังคมก็มีผลต่อสุขภาพ

การวินิจฉัยสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 6 ประการ คือ

1. เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย
2. เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจถึงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏอยู่ในสังคม โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่และข้อมูลที่ศึกษาโดยวิธีการต่าง ๆ
3. เพื่อกำหนดภาวะของปัญหาสังคมส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
4. เพื่อหาเหตุผลโดยละเอียดสำหรับชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่ได้วิเคราะห์แล้ว

5. เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวนั้น ๆ

6. เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินทางเศรษฐกิจ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่าปัญหาอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญในสังคมหรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ก่อนแล้วทางจิตวิทยาระบาดหรือข้อมูลที่ได้มาจากการรวบรวมขึ้นโดยวิธีต่าง ๆ และวิเคราะห์ตามหลักการจิตวิทยาระบาด การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อใช้ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและวางแผนดำเนินงานสุขศึกษาต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Phases 3: Behavioral diagnosis)

การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้รับการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 2 พฤติกรรมคุณภาพที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงานสุขศึกษาที่ต้องได้รับการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม โดยการกำหนดแนวทางและวิธีการเปลี่ยนแปลงได้ตามวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Phases 4: Educational diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในกระบวนการสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและมีปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อที่จะเป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินงานสุขศึกษา โดยการที่แบ่งปัจจัยสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำเข้า (Predisposing factor)

เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยในตัวบุคคล ซึ่งได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคลในด้านความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจ ภายในหรือกลุ่มที่จะนำไปสู่การกระทำ

ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่ผู้มักจะได้รับทำให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่ทั้งบุคคลได้รับทั้งทางตรงและทางอ้อมหรือจากการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจจะมีทั้งผลในการสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้าหรือปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ หรือปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพ รายได้ เป็นต้น

1.1 ความรู้ เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 ความเชื่อ คือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุ

1.3 ค่านิยม คือการให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ในบุคคลใดก็ตาม

ถ้าค่านิยมต่าง ๆ สอดคล้องกันก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูง แต่ถ้ามีการขัดแย้งกันของค่านิยมต่าง ๆ ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่ำ ดังนั้น ในการดำเนินงานสุขภาพจึงจำเป็นต้องหากลวิธีที่สร้างค่านิยมทางสุขภาพหรือลดความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับค่านิยมในด้านอื่น ๆ

1.4 ทัศนคติ คือ แนวโน้มของจิตใจความรู้สึกที่คงที่ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดบุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดเป็นผลมาจากประสบการณ์ และความเชื่อที่สะสมกันมาและผ่านการประเมินค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้น ๆ ถ้าทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปในทิศทางใดพฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น

1.5 การรับรู้ คือการที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสัมผัสที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ทักษะในการกระทำนั้น ๆ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม ที่ต้องการที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่าง ๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะทางสุขภาพมากพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้

2.2 แหล่งทรัพยากร มีบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมที่อยู่อย่างเพียงพอหาได้ง่าย

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นการเสริมแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่อิทธิพลนั้น ในเรื่องการยอมรับ ไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น

สถานศึกษา ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคคลอื่นในโรงเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครอง บุคคลอื่นในครอบครัว

ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอ้างอิง

สถานพยาบาล ได้แก่ เพื่อผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีทางการศึกษา (Phase 5: Selection of education strategies)

เมื่อได้วิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ของกระบวนการสุขภาพแล้วก็จะทราบได้ว่าจะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ อะไรบ้างอย่างน้อยแค่ไหน และในลักษณะใดจึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้พร้อมกัน นั่นก็ทำการวิเคราะห์ถึงแนวทางและกระบวนการที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานสุขภาพ โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และบางครั้งจำเป็นต้องใช้กลวิธีในรูปแบบต่าง ๆ ผสมผสานกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร (Phase 6: Administrative diagnosis)

เป็นกระบวนการบริหารจัดการ โครงการด้านสุขภาพ วิเคราะห์ประเมินปัญหาด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ และปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อ การดำเนินโครงการ ขั้นตอนการวินิจฉัยทางการบริหารนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการให้เหลือน้อยที่สุด และเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จ และมีผลกระทบในด้านดีให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลโครงการ (Phase: Evaluation)

เป็นกระบวนการที่แทรกอยู่ตามระยะต่าง ๆ ในกรอบแนวคิด PRECEDE มิได้เป็นขั้นตอนสุดท้าย เป็นส่วนของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงาน ที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มวางแผน โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินแต่ละขั้นตอนไว้ ตั้งแต่แรกและต่อเนื่องนั่นคือ การประเมินผลการดำเนินงานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PREEDE เป็นการประเมินผลทุกระยะ

2. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model หรือ HBM)

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่ได้ระบุเอกลักษณ์ของแนวคิดรวบยอดที่เชื่อมโยงสนับสนุนการวัดในระดับบุคคล แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่ง

ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เพื่อต้องการอธิบายว่าทำไมบุคคลจึงมีพฤติกรรมการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของตนเอง แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผน หรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role behavior) (จิริยา ปันทวงกูร, 2549, หน้า 105)

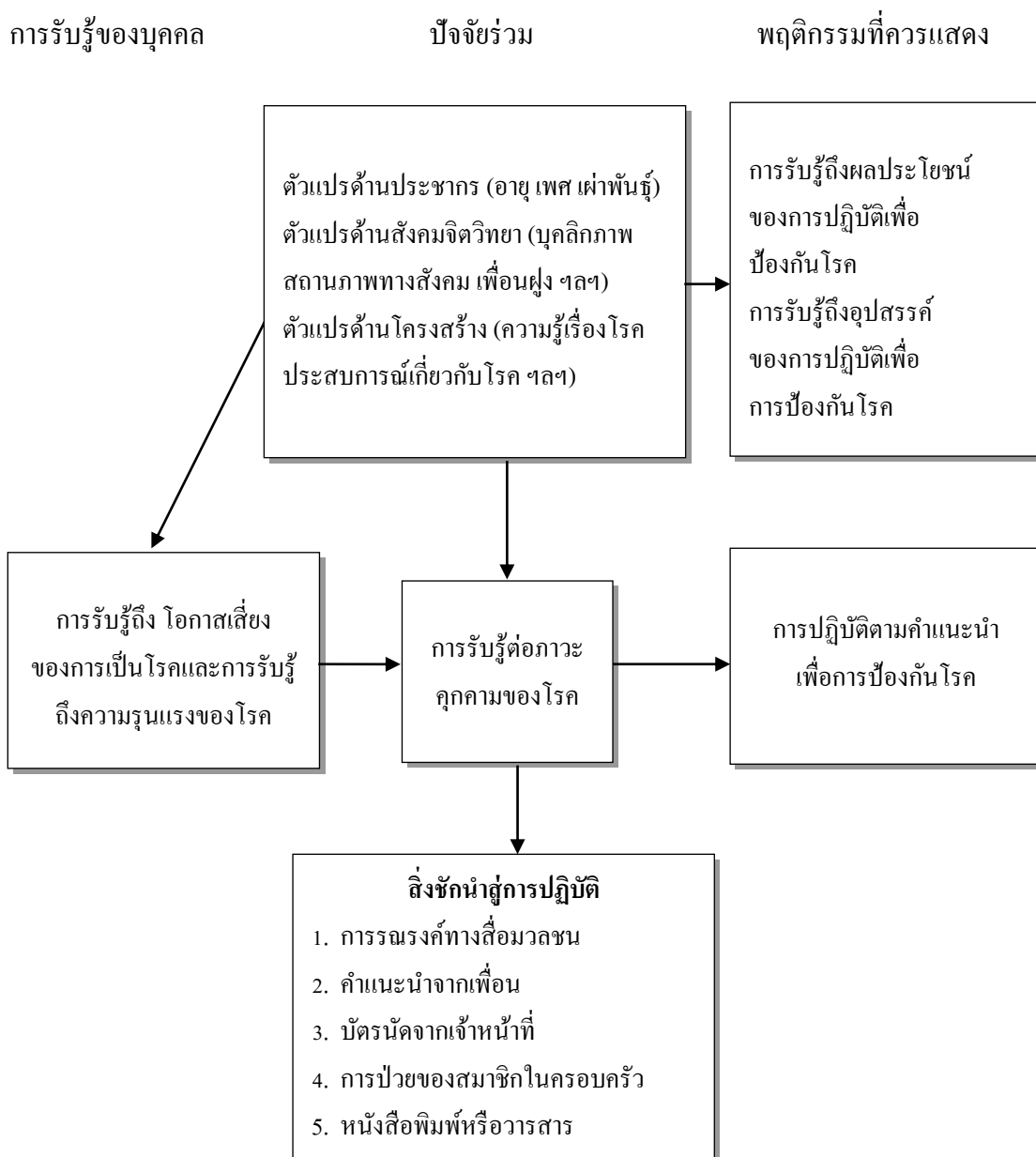
แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่สนใจ และอื่น ๆ Rosen stock et al. (1974, pp. 328-335 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 65)

เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสนามของ Kurt Lewin โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลว่าจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าไปใกล้หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจเพราะคิด ว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรม และการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosen stock ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขา และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงโรคโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker et al. (1975, p. 20 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 65) เป็นผู้ปรับปรุงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังภาพที่ 4

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)



ภาพที่ 4 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Becker et al., 1975, p. 20 อ้างถึงใน ศิริสุข ฉายแสง, 2553, หน้า 66)

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ ดังนี้ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และในภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากัน หรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกายซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึง ข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นเรื่องที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย

หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด หรือไม่สะดวกสุขสบาย หรือในการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้นายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จนยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประสิทธิภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจ โดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไปความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่ามารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร มารดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยาการมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor)

ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน ได้มีการศึกษา และการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่ทัศนคติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยต่าง ๆ จึงได้มีการปรับปรุงแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและประเมินจากผู้เขียนหลายคนซึ่งได้พยายามอธิบาย

และทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในลักษณะของความเชื่ออย่างแท้จริงของบุคคล แบบจำลองความเชื่อนี้มีข้อสันนิษฐาน (Assumption) ดังนี้ คือ

1. บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นโรคได้โดยที่ยังไม่รู้สึกรว่ามีอาการ

2. บุคคลต้องรับรู้ถึงศักยภาพ (Potential) ของความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคในลักษณะการเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย เสียเวลาทำงาน เสียเงินทอง เสียหน้าอับอาย และอื่น ๆ ตามความกลัวของคนซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงเชิงทฤษฎีก็ได้

3. จากการประเมินสภาพแวดล้อม บุคคลต้องเชื่อว่าถ้าได้รับการเสนอแนะจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองแน่ ดังนั้นบุคคลจึงมีการประเมินเปรียบเทียบทุก ๆ สิ่งที่ตนเองต้องลงทุนและลงแรงกับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำดังกล่าว ซึ่งหมายถึง บุคคลจะตัดสินใจทำตามเหตุผลที่ได้ไต่ตรองถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบครอบ ไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับหรือทำตามกลุ่มบุคคลสมัยนิยม โดยไม่ได้มีเหตุผลของตนเอง

4. จำเป็นต้องมี “การกระตุ้นให้เกิดการกระทำ” ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมา

จุดเด่นของแบบจำลองความเชื่อสุขภาพ คือ จะช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล เป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่จะจูงใจให้บุคคลที่จะกระทำอย่างถูกต้องในเรื่องสุขภาพ

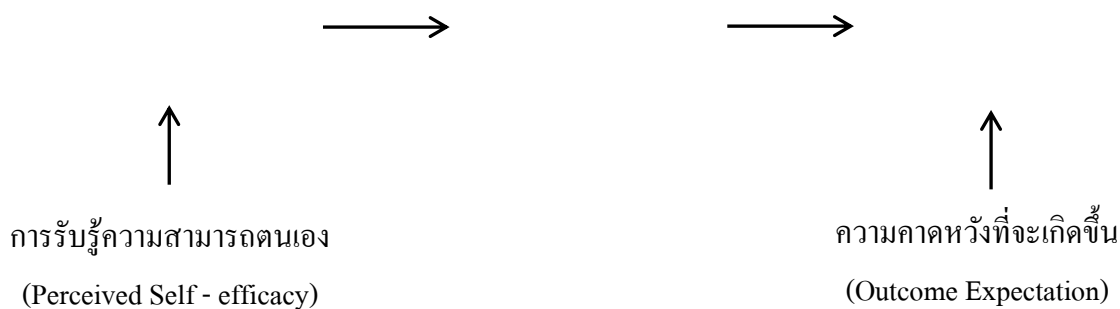
แนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุป ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและรักษาโรค ว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพบุคคลนั้น ๆ ด้วย (จรรยา ปัทมวงกูร, 2549, หน้า 113)

3. ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory)

นักจิตวิทยาทางสังคม ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมมาเป็นเวลานาน และได้ขยายขอบเขตการศึกษาให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น เนื้อหาที่มีความแตกต่างกันไปบ้างเกี่ยวกับปฏิภณิยาสรรค์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ผู้ซึ่งได้ศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดเรื่องนี้

คือ Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกันและเป็นศาสตราจารย์ทางสังคมศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด เขาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวทฤษฎี Skinner ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตัวเอง ผู้ที่ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีนี้ Bandura เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์แนวคิดของคำว่า “Self-Efficacy” คือความสามารถของตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ทฤษฎีนี้ถูกนำไปใช้กันอย่างแพร่หลายด้านจิตวิทยา สังคม การศึกษาและทางด้านสุขภาพ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549, หน้า 57) ซึ่ง Bandura กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการสลับซับซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรม ความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่กระทำจะทำอะไร (Knowing what to do) กับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ (Actually doing it) ในระยะแรก Bandura ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงของออกพฤติกรรม ต่อมา Bandura ใช้คำว่ารับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจจะมีความสามารถที่ไม่แตกต่างกันแต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพแตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกันการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเป็นเรื่องไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างไรก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น คนที่มีความสามารถจะมีความอดทนอดสาหัส ไม่ท้อถอยและประสบความสำเร็จ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2549, หน้า 58) ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพที่ 5

บุคคล	พฤติกรรม	ผลที่เกิด
(Person)	(Behavior)	(Outcome)



ภาพที่ 5 แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

(Bandura, 1978, p. 66 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 71)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะมีความสามารถทำงานได้ดีในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเป็นการตัดสินว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์นั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ดังแสดงในภาพที่ 5 ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

(Bandura, 1978, pp. 67-68 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 72)

การรับรู้	สูง	ต่ำ
ความสามารถ	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน
ตนเอง	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
		มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์สูงด้วยเช่นกัน บุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำด้วย บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้นได้อีกเช่นกัน (Bandura, 1978, pp. 67-68 อ้างถึงใน ศิรินุช ฉายแสง, 2553, หน้า 72)

4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)

แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา”

การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและชุมชน เนื่องจากคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคม ต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นอยู่เสมอ บางคนอาจจะใกล้ชิดกันมาก บางคนอาจจะใกล้ชิดกันน้อย การติดต่อกันทำให้รู้จักกัน เกิดความสัมพันธ์กันจนเป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อนที่เรียนหนังสือ เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน หรือสมาชิกชมรมต่าง ๆ การได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536, หน้า 96) ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งหรือหลายคนเป็นที่วางใจเป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแลและทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ให้การดูแลและทำให้รู้สึกว่าตนเองมีค่า

Cobb (1979, pp. 300-312 อ้างถึงใน ศิริบุษ ฉายแสง, 2553, หน้า 73) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยัน การรับรอง หรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของ และอื่น ๆ

Kahn (1979, p. 80) กล่าวว่า การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์กันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

Barrear (1986, pp. 145-159) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลทางเครือข่ายในสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Pender (1987, p. 396) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองซึ่งในตัวเอง ซึ่งเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้น ๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลต่าง ๆ ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์กับบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง หรืออาจจะเป็นกลุ่มคนก็ได้ และมีการช่วยเหลือ สนับสนุนกันในทุก ๆ ด้าน เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ด้านสังคม จากผู้ให้การสนับสนุน เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบสังคมแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของงานสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจเอาใจใส่ และมีความรักความหวังดี

ในตนเองอย่างจริงใจ

- 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นมีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับ

ในสังคม

- 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ

มีประโยชน์แก่สังคม

2. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือ ด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ (House, 1981, p. 114 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 177)

1. Emotional support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงความห่วงใย การไปเยี่ยมเยียนด้วยความจริงใจ

2. Appraisal support คือ การสนับสนุนในการให้ประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) ต่อการกระทำที่เห็นพ้องหรือคำรับรอง (Affirmation) ถึงผลของการปฏิบัติ

3. Information support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร

4. Instrumental support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และเวลา เช่น ให้แรงงาน ให้เงิน ให้เวลา เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ จึงขึ้นอยู่กับคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล และลักษณะของกลุ่มสังคม

Kahn (1979, p. 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็น วัสดุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

นักพฤติกรรมศาสตร์ Gottlieb (1985, p. 137) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมชุมชนที่

เขาอาศัยอยู่ อาทิเช่น กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้าน เกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่าย สังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมหรือญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือ ด้านวัตถุ สิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าแรงสนับสนุน คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์หรือโครงสร้างของเครือข่าย ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ แสดงความรักและห่วงใย

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

มีรายงานการวิจัยของนักวิชาการหลายท่านที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ

1. ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1.1 ผลโดยตรง Berkman & Syme ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป ด้านสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญรวมทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ผลการติดตามศึกษา พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยมีอัตราป่วย และตายมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

Cobb and Cassel (1976 อ้างถึงใน ศิริสุข ฉายแสง, 2553, หน้า 76) พบว่า ผู้ป่วยเป็น วัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายของแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติด โรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อและมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

1.2 ผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to regimens) Burgler พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำดี หรือมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

1.3 ผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค Cobb and Langlie ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพทางร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

2. ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตก็เช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในตัวของบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียดซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย Core ศึกษาในผู้ชายว่างงานจำนวน 110 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ จะมีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่สูงกว่า Caplan พบว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในวัยทำงาน โดยศึกษาพบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ

จากการที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือและความต้องการการเอาใจใส่ดูแลจึงมีแนวความคิดที่เกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องสำคัญ ดังนี้

แนวความคิดด้านรัฐสวัสดิการ

รัฐสวัสดิการเป็นกลไกที่รัฐนำมาใช้ในการกระจายรายได้ ความเป็นอยู่ที่ดี ให้เกิดขึ้นเท่าเทียมกันในสังคม โดยเฉพาะระหว่างผู้ที่มีฐานะดีกับผู้ที่มีฐานะยากจน หรือหมายถึง การที่รัฐจะให้ความคุ้มครองในเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำของรายได้ โภชนาการ สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย และการศึกษาแก่ประชาชนของตนโดยเท่าเทียมกัน โดยรัฐถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญการดูแลทุกข์สุขของประชาชนในประเทศ

แนวความคิดด้านสิทธิมนุษยชน

แนวความคิดนี้มาจากการประชุมสมัชชาสมัชชาสามัญ ครั้งที่ 3 ณ กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส เมื่อปี ค.ศ. 1984 โดยมีประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ รวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมกันลงคะแนนเป็นเอกฉันท์ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25 (1) โดยกำหนดว่าทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพกันเพียงพอ สำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางแพทย์และบริการสังคมที่

จำเป็น และมีสิทธิในความมั่นคงยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด เป็นหม้าย ้วยชรา หรือขาดอาชีพอื่นใน พหุติกรรมที่นอกเหนืออำนาจตน

แนวความคิดเกี่ยวกับการสร้างความมั่นคงในชีวิต

ความมั่นคงในชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ดังนั้นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือมีฐานะ มั่นคงทางเศรษฐกิจ จะมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการสร้างหลักประกันที่มั่นคง ให้กับประชาชนในประเทศ โดยจัดให้มีระบบการประกันสังคม ซึ่งเป็นการบริการที่จัดขึ้นเพื่อ เป็นหลักประกันแก่บุคคลที่ประกอบอาชีพและครอบครัวในกรณีว่างงาน อันเป็นสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ชราภาพ อุบัติเหตุ หรือการเสียชีวิตของผู้หาเลี้ยงครอบครัว จะได้รับเงินเลี้ยงหรือเงินทดแทน สำหรับผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ จึงเป็นการนำ แนวคิดของประกันสังคมมาช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงในชีวิต

แนวความคิดการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากค่านิยมของสังคมประชาธิปไตย คือ การยอมรับว่ามนุษย์ มีศักดิ์ศรี มีความต้องการ มีความสามารถและความรู้สึกต่าง ๆ ที่สามารถแสดงออก การบริการ ด้านสังคมที่ยึดตามแนวความคิดนี้จะเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ถือว่าผู้สูงอายุมี ประสพการณ์มาก มีวิญญูสูงต้องการให้เกียรติจากสังคมมากกว่าอื่น ๆ ซึ่งการจัดกิจกรรมโดยยึด หลักในแนวความคิดนี้จึงเป็นการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุอีกวิธีหนึ่ง

แนวความคิดเรื่องปัจเจกบุคคล

การจัดสวัสดิการสังคมตามแนวความคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะมีความภาคภูมิใจในศักยภาพ ของตน และมีปฏิริยาโต้ตอบสิ่งแวดล้อมภายนอกในสังคมซึ่งแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุควรจัดโดยคำนึงถึงความสามารถ หรือศักยภาพของผู้สูงอายุ ในการแสดงออกมาต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกในสังคม และควรใช้ทรัพยากรในชุมชน เพื่อช่วย เสริมการจัดกิจกรรมหรือบริการเพื่อตอบสนองต่อผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด

แนวความคิดด้านการป้องกัน

แก้ไขและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับการกินคืออยู่ดีของ ประชาชน โดยผ่านวิธีการและกระบวนการต่าง ๆ มีหน้าที่ในการป้องกันมิให้บุคคล หรือกลุ่มชน เกิดปัญหาขึ้น และในกรณีที่เกิดปัญหาจะหาแนวทางแก้ไข หรือบรรเทาให้ปัญหานั้น ๆ ลดลง ขณะเดียวกันต้องฟื้นฟูให้ผู้อยู่ในสภาพเดิม และพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า จะ ประสพปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ยึดหลักการจัดบริการ เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหา และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยบรรเทาและฟื้นฟูผู้สูงอายุให้สามารถ มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

แนวความคิดขององค์การสหประชาชาติ

ได้จัดให้มีการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ 26 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2525 ถึงวันที่ 6 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย องค์การสหประชาชาติได้มีแผนการปฏิบัติการระยะยาวระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และมีมติให้สมาชิกได้ดำเนินการจัดบริการสวัสดิการ ตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ แนวความคิดด้านมนุษยธรรม และแนวความคิดด้านการพัฒนา

จากแนวคิดด้านผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า มีแนวคิดต่างกัน 2 แนวคิด คือ แนวความคิดสวัสดิการสังคม และแนวความคิดด้านรัฐสวัสดิการ โดยแต่ละแนวความคิดจำแนกสวัสดิการออกได้อีกหลายลักษณะที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด

นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยกับผู้สูงอายุ

กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 53 บัญญัติไว้ว่า บุคคลซึ่งอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ และหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 80 (1) บัญญัติไว้ว่า รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การวิจัยปฐมวิจัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องและจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพึ่งตนเองได้

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2547, หน้า 7-8) สิทธิประโยชน์และการคุ้มครองผู้สูงอายุตามมาตรา 11 ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ 2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต 3) การประกอบอาชีพ หรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม 4) การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน 5) การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น 6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม 7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ 8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตราย

จากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
 9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหา
 ครอบครัว 10) การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
 11) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม 12) การสงเคราะห์
 ในการจัดการศพตามประเพณี และ 13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ปฏิญญาผู้สูงอายุ

ปี ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ
 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยและประกาศใช้แล้ว โดย ฯพณฯ นายชวน หลีกภัย ได้ลงนามรับรอง
 ในวันพิธีเปิดงานปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุเมื่อวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2542 ณ ตึกสันติไมตรีทำเนียบ
 รัฐบาล (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2543) มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการ
 พิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ
 เฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้และผู้พิการที่สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร
 การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิด
 ความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
3. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตน
 อย่างต่อเนื่องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจ
 ถึงความเปลี่ยนแปลงสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย
4. ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสม
 กับวัยตามความสมัครใจโดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิต
 มีคุณค่า
5. ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและ
 สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแล
 จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม
6. ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชนและสังคม
 โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจอันดี ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน
 และกับบุคคลทุกวัย
7. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนด
 นโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

อย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

8. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรา กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครอง สวัสดิภาพและจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

9. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ ปลุกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูทวดเวที และความเอื้ออาทรต่อกัน

นโยบายรัฐบาลกับผู้สูงอายุ

นโยบายรัฐบาลกับผู้สูงอายุ คณะรัฐมนตรีโดยพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 มีนโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ นโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง รัฐบาลจะพัฒนาคนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา รวมทั้งเสริมสร้างสังคมให้เข้มแข็งและยั่งยืน เพื่อให้ประเทศไทยเป็นสังคมคุณภาพ และสังคมที่สมดุล นโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ ยกย่อง และให้หลักประกันแก่ผู้สูงอายุ โดยการสร้างโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการสุขภาพอนามัย รวมทั้งนำประสบการณ์และภูมิปัญญาของผู้สูงอายุมาช่วยในการพัฒนาสังคม

คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2548 ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือ นโยบายพัฒนาคน และสังคมที่มีคุณภาพ โดยกล่าวไว้ว่า สำหรับการเตรียมความพร้อมให้แก่สังคมผู้สูงอายุ จะยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ โดยสร้างหลักประกันด้านรายได้ และระบบการออมในช่วงวัยทำงานที่เพียงพอสำหรับช่วงวัยชรา สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย สนับสนุนครอบครัวให้เข้มแข็งสามารถดูแลสมาชิกได้อย่างมีคุณภาพ ยกเว้น ภาษีเงินได้สำหรับผู้มีอายุเกิน 65 ปี และส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาประเทศโดยระบบคลังสมอง

ปี พ.ศ. 2548 กระทรวงมหาดไทย ได้จัดงบประมาณอุดหนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อจ่ายเป็นเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งไม่เพียงพอกับจำนวนผู้มีสิทธิได้รับการสงเคราะห์ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้ ออกระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง และสามารถตั้งงบประมาณได้เพิ่มมากขึ้น

นอกเหนือจากที่รัฐบาลอุดหนุน (กระทรวงมหาดไทย, 2548, หน้า 1) แต่ทั้งนี้ในระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 โดยให้ประชาคมท้องถิ่นหรือคณะกรรมการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน เป็นผู้คัดเลือกและทำบัญชีรายชื่อเสนอองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งต้องมีการประกาศรายชื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนตรวจสอบและคัดค้านได้ เมื่อได้รายชื่อทั้งหมดแล้วแต่ละจังหวัดรวบรวมรายชื่อเพื่อเสนอไปยังกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โดยมีคณะกรรมการการกระจายอำนาจพิจารณาตรวจสอบอีกครั้ง และส่งต่อไปให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติ แม้ว่ากระบวนการคัดเลือกผู้สูงอายุจะมีขั้นตอนการพิจารณา แต่ขั้นตอนที่สำคัญที่สุด คือ การสำรวจและจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สมควรได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกเหนือจากนั้นก็เพียงแต่การดำเนินการตามสายงานระบบราชการ แต่ที่ผ่านมากกระบวนการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งไม่โปร่งใส กระบวนการตรวจสอบไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุหลายคนที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ไม่ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ แต่ในทางตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่คุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์กับได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพที่คุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์หลายคน เป็นผู้ที่มีความสนิทสนมหรือเป็นญาติพี่น้องกับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการคัดเลือก ฯ (วโรทัย โกศลพิศิษฐ์กุล, 2550, หน้า 20)

สภาพพื้นที่และการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น

1. สภาพพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

เทศบาลตำบลวังน้ำเย็น มีพื้นที่ 5.5 ตารางกิโลเมตร เมื่อ ปีพ.ศ. 2553 ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเรื่องการรวมพื้นที่ของเทศบาลตำบลวังน้ำเย็นกับองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็น ปรากฏว่ามีประชาชนเห็นด้วย ร้อยละ 99.41 ของผู้มาใช้สิทธิ์ จึงประกาศรวมพื้นที่ในวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2553 และเปลี่ยนแปลงฐานะเป็น “เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น” ในวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ปัจจุบันมีพื้นที่รับผิดชอบ 61.5 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 10 ชุมชน 19 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 21,300 คน 8,609 ครัวเรือน (ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2557)

2. สภาพการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีภารกิจ อำนาจหน้าที่ของเทศบาลตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และตามกฏหมายอื่น เทศบาลตำบลมีอำนาจหน้าที่ที่จะเข้าไปดำเนินการแก้ไข

ปัญหาในเขตพื้นที่ให้ตรงกับความต้องการของประชาชน เทศบาลเมืองวังน้ำเย็นกำหนดวิธีการดำเนินการตามภารกิจสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนพัฒนาจังหวัด แผนพัฒนาอำเภอ นโยบายของรัฐบาล และนโยบายของผู้บริหารท้องถิ่น ตามภารกิจให้ตรงกับสภาพปัญหา

2.1 ภารกิจเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุ ถูกกำหนดอยู่ในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ดังนี้ ด้านส่งเสริมสุขภาพคุณภาพชีวิต มีภารกิจที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2) ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ (มาตรา 50 (7))

2.2 นโยบายผู้บริหารท้องถิ่น การพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิต ด้านสวัสดิการ สังคมและผู้ด้อยโอกาส เทศบาลกำหนดภารกิจให้มีการดูแลประชาชนที่ยากไร้ กลุ่มเด็ก กลุ่มสตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ในเขตเทศบาล ให้การช่วยเหลือคุ้มครองและให้ได้รับบริการ อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง แก่พี่น้องประชาชนในชุมชน ทั้งทางด้านสุขภาพ อนามัย และการส่งเสริม อาชีพ ให้สามารถดำรงชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ และพึ่งพาตนเอง ได้พอสมควร

2.3 เงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลได้จ่ายเงินอุดหนุนเฉพาะกิจให้กับ เทศบาลตำบลวังน้ำเย็น เพื่อจ่ายให้แก่ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับ เบี้ยยังชีพ เพื่อเป็นการสร้างหลักประกันรายได้ เป็นการตอบแทนการทำงานหนักมาตลอดชีวิต ให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และกระตุ้นการใช้จ่ายภายในประเทศ รัฐบาลจึงได้ จัดสรรงบประมาณเพื่อจ่ายเป็นเงินค่าเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

สรุป โดยรวมสภาพการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น คือ นอกจากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ไม่ว่าจะแหล่งที่มาจะมาจากเงินอุดหนุนทั่วไป หรือเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ ก็ตาม สวัสดิการด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องยังเป็นหน้าที่หรือภารกิจหลัก ตามกฎหมายกำหนดให้เทศบาลจัดทำหรือดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ ครบถ้วน อย่างไรก็ตาม เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ยังต้องมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การบริหารจัดการ หรือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ช่วยเหลือตนเองได้ และยั่งยืนต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัลยารัตน์ มีลาภ (2553) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ. ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบ 1) ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า ในภาพรวม และในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน คือ ด้านสภาพการทำงาน ด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสม ด้านความมั่นคงในการทำงาน ด้านการพัฒนาตนเอง และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตอื่น 2) ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า 3) แนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า จำนวน 202 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า 0.865 ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.55$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พนักงานมีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับมาก 4 ข้อ ได้แก่ ด้านสภาพการทำงาน ($\bar{X} = 3.72$) ด้านค่าตอบแทนที่เหมาะสม ($\bar{X} = 3.53$) ด้านความมั่นคงในการทำงาน ($\bar{X} = 3.58$) และด้านการพัฒนาตนเอง ($\bar{X} = 3.62$) และมีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ($\bar{X} = 3.70$) และ 2) คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า เมื่อจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมแตกต่างกันไปตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส อายุการทำงาน รายได้ต่อเดือน และตำแหน่งงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดวงใจ คำคง (2553) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบจำนวน 170 คน จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ในทะเบียนราษฎร์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแนวความคิดของพุทธทาสภิกขุ และองค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ ด้านปัญญา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม รวม 48 ข้อ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี ($SD = 7.51$) ครั้งหนึ่งมีอายุ 60-69 ปี 2) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.2 ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีด้านปัญญาอยู่ในระดับกลาง 3) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรส มีผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรส

มีผลทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 324 คน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้จากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ดัดแปลงจาก คือ การวัดในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านทัศนคติ โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใช้สมการถดถอย (Regression analysis) ด้วยแบบจำลองโพรบิต (Probit model) ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี คือ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 4.32 จากคะแนนเต็ม 5 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ย 3 อันดับแรกคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านสังคม ($\bar{X} = 4.9, 4.7$ และ 7.39 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ) ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และ 0.05 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยปัจจัยด้านเพศ ไม่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

บุญเอื้อ ยงวานิชกร และปิยะดา ประเสริฐสม (2554) ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพ (Health determinants) ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ จำนวน 231 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การทำงานและรายได้ อาชีพ การเป็นเจ้าของบ้านที่พักอาศัย และการเป็นสมาชิกฌาปนกิจหรือชมรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.0001$ ในขณะที่เดียวกันความรู้ถึงถึงสภาวะสุขภาพตนเองความรู้ถึงชีวิตและการนอนหลับได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ $p = 0.001$ และมีความชัดเจนว่าความสามารถในการเคี้ยวอาหารและความสามารถในการยืมหัวเราะพูดคุยกับ

ผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.000$ และ 0.004 ตามลำดับ ถึงแม้ผู้สูงอายุที่ศึกษามีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ 1 โรคในความรู้สึกไม่ได้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตซึ่งอาจเนื่องมาจากเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือเป็นกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและจากการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยกับคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยสถิติขั้นสูง Multiple regression พบว่าการประเมินสุขภาพทั่วไปความเพียงพอของรายได้การนอน การเคี้ยวอาหารการขี้มและการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 36.5% (Adjusted $R^2 = 0.365$, p -value = 0.000)

ชริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี (2554) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 335 คน ซึ่งได้จากกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที ความแปรปรวนทางเดียว และ Tukey's HSD ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกายสภาพแวดล้อมและด้านจิตใจ ตามลำดับ ส่วนที่อยู่ในระดับดี คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุที่มี อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม และการรับสวัสดิการกองทุนแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี, การศึกษาตั้งแต่อนุปริญญาขึ้นไป, อาชีพข้าราชการบำนาญ, รายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,001 บาท, เป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม, และไม่รับสวัสดิการกองทุนผู้สูงอายุ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอื่น

ชุตินเดช เกียนคอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ฉวีวรรณบุญสุยา และนพพร โทวธีระกุล (2554) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทและเพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-36 V2.0 สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 478 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติไคสควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการวิจัย

พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ร้อยละ 50.4 และพอใจด้านจิตใจ ร้อยละ 52.70 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ปัจจัย ได้แก่ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ และอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.50 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมและสัมพันธภาพ ในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.50 บุคลากรสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว องค์กรท้องถิ่นควรร่วมให้การส่งเสริมกิจกรรมเหล่านี้ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุในชนบท

ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2555) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาาระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 180 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผ่านการทดสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญสามท่านที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการศึกษา พบว่าภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอำเภอพรหมณานิคมจังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ (mean dif = -6.14, 95% CI = -9.00 - -3.27, P-value <0.0001) โรคประจำตัว (mean dif = 3.3, 95% CI = 0.71-5.91, P-value = 0.013) และการดูแลสุขภาพตนเอง (mean dif = 0.95, 95% CI = 0.31-1.58, P-value = 0.004) โดยที่ปัจจัยอาชีพ โรคประจำตัวและการดูแลสุขภาพตนเองสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคมจังหวัดสกลนครได้ร้อยละ 17.59 (adj R² = 0.1759)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. เสนอผลการแปลผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีประชากรทั้งสิ้น 2,332 คน (เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น, 2557)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จำนวน 331 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยด้วยการเปิดตารางของ Krejcie และ Morgan และได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบบเป็นสัดส่วน

การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิแบบเป็นสัดส่วน

สูตร

$$n_i = \frac{N_i}{N/n}$$

เมื่อ

n_i = ขนาดตัวอย่างในชั้นภูมิที่ i

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = ขนาดของประชากรในชั้นภูมิที่ i

N = ขนาดของประชากร

ตารางที่ 2 จำนวนสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

หมู่ที่	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	หมู่ที่ 1 บ้านวังน้ำเย็น	239	34
2	หมู่ที่ 2 บ้านทรัพย์นิยาม	120	17
3	หมู่ที่ 3 บ้านสวนป่า	112	16
4	หมู่ที่ 4 บ้านเกษแก้ว	117	17
5	หมู่ที่ 5 บ้านวังแดง	137	19
6	หมู่ที่ 6 บ้านวังจำปี	114	16
7	หมู่ที่ 7 บ้านคลองสารพา	121	17
8	หมู่ที่ 8 บ้านชัยพลู	141	20
9	หมู่ที่ 9 บ้านวังเทพนิมิตร	123	17
10	หมู่ที่ 10 บ้านวังเจริญ	113	16
11	หมู่ที่ 11 บ้านชัยณรงค์	107	15
12	หมู่ที่ 12 บ้านภูเวียง	106	15
13	หมู่ที่ 13 บ้านมิตรสัมพันธ์	107	15
14	หมู่ที่ 14 บ้านวังศิลา	110	16
15	หมู่ที่ 15 บ้านโคกสนั่นพัฒนา	119	17
16	หมู่ที่ 16 บ้านวังชมพู	111	16
17	หมู่ที่ 17 บ้านท่าวังหิน	108	15
18	หมู่ที่ 18 บ้านวังบูรพา	115	16
19	หมู่ที่ 19 บ้านวังแก้ว	112	16
	รวม	2,332	331

เมื่อได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเขตชุมชนหมู่บ้านแล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้บัญชีรายการชื่อราษฎรจากสำนักบริหารการทะเบียน เทศบาลเมืองวังน้ำเย็นเป็นกรอบในการสุ่มอย่างง่าย (Sampling frame) ในลำดับถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด (Closed end question) ซึ่งเป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีคำถาม 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545) มาปรับใช้ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวนทั้งหมด 26 ข้อ ได้แก่

ด้านร่างกาย 7 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

ด้านจิตใจ 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ คือ ข้อ 13, 14, 25

ด้านสภาพแวดล้อม 8 ข้อ คือ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ กำหนดหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบ ไม่เลย ให้ 5 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย ให้ 4 คะแนน

ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ตอบ มาก ให้ 2 คะแนน

ตอบ มากที่สุด ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

ตอบ ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย ให้ 2 คะแนน

ตอบ ปานกลาง ให้ 3 คะแนน

ตอบ มาก ให้ 4 คะแนน

ตอบ มากที่สุด ให้ 5 คะแนน

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด ให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากนั้นนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย
2. นำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุคย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตถินันดรกุล และคณะ, 2545) มาปรับใช้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว พร้อมสร้างแบบสอบถามเพิ่มเติมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ และแบบสอบถามปลายเปิด (Open-end questionnaire) สำหรับสอบถามเกี่ยวกับปัญหาด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น
3. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพในพื้นที่เทศบาลเมืองอรัญประเทศ จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (Reliability) แบบ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นได้ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.91 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อถือได้ สามารถนำข้อมูลไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพาไปยังเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น และผู้นำชุมชน ในการขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจาก 19 หมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น
2. จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามประเด็นคำถามต่าง ๆ ในแบบสอบถาม ในระหว่างวันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 โดยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในหมู่บ้านต่าง ๆ ทั้ง 19 หมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จำนวน 331 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ด้วยการประมวลผลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามปลายเปิด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายซึ่งวิเคราะห์จากค่าความถี่และค่าร้อยละ โดยการนำเสนอในรูปแบบตารางแจกแจงความถี่
2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. การทดสอบสมมติฐาน โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติ t-test สำหรับการทดสอบระดับคุณภาพชีวิตที่จัดจำแนกตามคุณลักษณะตัวแปรอิสระที่ 2 กลุ่ม และสถิติ F-test สำหรับการทดสอบระดับคุณภาพชีวิตที่จัดจำแนกตามคุณลักษณะตัวแปรอิสระที่ 2 กลุ่มขึ้นไป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 อีกทั้งทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Sheffe' ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60	คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี
คะแนน 61-95	คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
คะแนน 96-130	คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับดี

ตารางที่ 3 แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต ระดับไม่ดี	คุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง	คุณภาพชีวิต ระดับดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว” กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จำนวน 331 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	142	42.90
หญิง	189	57.10
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.10 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.90

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
60-64 ปี	103	31.12
65-69 ปี	111	33.54
70-74 ปี	71	21.45
75-79 ปี	26	7.85
80 ปีขึ้นไป	20	6.04
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 65-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.53 รองลงมามีอายุ 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.12 และมีอายุ 80 ปีขึ้นไป น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.04

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สถานภาพสมรส

สถานภาพการสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	19	5.74
สมรส	177	53.47
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	90	27.19
หย่า	20	6.04
แยกกันอยู่	25	7.56
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สถานภาพการสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.47 รองลงมามีสถานภาพหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) คิดเป็นร้อยละ 27.19 และสถานภาพโสด น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.74

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	จำนวน	ร้อยละ
1-3 คน	177	53.48
4-6 คน	139	41.99
7-9 คน	15	4.53
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 7 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1-3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.47 รองลงมามีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 41.99 และมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 7-9 คน น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.53

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การอยู่อาศัย

การอยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
บุตร/ธิดา	124	37.46
คู่สมรส	123	37.16
อยู่คนเดียว	36	10.88
ไม่อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร แต่อยู่กับหลานที่มีอายุ 15-24 ปี	23	6.95
ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร แต่อยู่กับหลานที่มีอายุ 14 ปี ลงมา	4	1.21
อยู่กับญาติพี่น้องหรือคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คู่สมรส บุตร หรือหลาน	21	6.34
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 8 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร/ธิดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.46 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 37.16 และไม่ได้อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร แต่อยู่กับหลานที่มีอายุ 14 ปี ลงมา น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.21

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	60	18.13
ประถมศึกษา	131	39.58
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	6.34
มัธยมศึกษาตอนปลาย	59	17.82
อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.)	11	3.32
อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	23	6.96
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	26	7.85
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 9 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.58 รองลงมา ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 18.13 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.85

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ที่มาของรายได้

ที่มาของรายได้	จำนวน	ร้อยละ
ทำงานเอง	178	53.78
ลูกหลานให้	242	73.11
เงินออม	146	44.11
สวัสดิการผู้สูงอายุ	331	100.00

จากตารางที่ 10 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามที่มาของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมา มีรายได้จากลูกหลานให้ คิดเป็นร้อยละ 73.11 และมีรายได้จากเงินออม น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การประกอบอาชีพ

การประกอบอาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	25.08
เกษตรกร	114	34.44
รับจ้างทั่วไป	39	11.78
ค้าขาย	57	17.22
เจ้าของกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว	38	11.48
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 11 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.44 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 25.08 และประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 17.22

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ต่อเดือน

ระดับรายได้ต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เกิน 5,000 บาท	141	42.60
5,001-10,000 บาท	126	38.07
10,001-15,000 บาท	29	8.76
15,001 บาทขึ้นไป	35	10.57
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 12 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.60 รองลงมา มีรายได้ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.07 และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.51

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ

การเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ	331	100.00
รวม	331	100.00

จากตารางที่ 13 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ พบว่า สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100.00

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม

การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เป็น	153	46.22
เป็นสมาชิกกลุ่ม (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)	178	53.78
กลุ่มออมทรัพย์	160	89.89
กลุ่มสวัสดิการ	62	34.83

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ชมรมผู้สูงอายุ	54	30.34
กลุ่มเกษตรกรรม	36	20.22
กลุ่มแม่บ้าน	32	17.98
กลุ่มแปรรูปและกระจายสินค้า	10	5.62
ครอบครัวต้นแบบ	8	4.49

จากตารางที่ 14 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 46.22 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 53.78 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.89 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม รองลงมา มีเป็นสมาชิกกลุ่มสวัสดิการ คิดเป็นร้อยละ 34.83 และเป็นสมาชิกกลุ่มครอบครัวต้นแบบ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.49 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็นจังหวัดสระแก้ว

ตารางที่ 15 ภาพรวม ร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 331)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (คะแนน 26-60 คะแนน)	2	0.60
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (คะแนน 61-95 คะแนน)	227	68.60
คุณภาพชีวิตระดับดี (คะแนน 96-130 คะแนน)	102	30.80

Mean = 89.98 คะแนน, Median = 90.00 คะแนน Min = 56 คะแนน , Max = 117 คะแนน

ภาพรวมของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 63.44 โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 89.98 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน) มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดอยู่ที่ 56 คะแนน และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุดอยู่ที่ 117 คะแนน

ตารางที่ 16 จำนวน ร้อยละของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านร่างกาย

ด้านร่างกาย	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
1. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่ สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด	27 (8.16)	104 (31.42)	115 (34.74)	78 (23.56)	7 (2.11)
2. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม(ทั้งเรื่องงาน หรือ การดำเนินชีวิตประจำวัน)	49 (14.80)	133 (40.18)	117 (35.35)	29 (8.76)	3 (0.91)
3. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน มากนักเพียงใด	40 (12.08)	146 (44.11)	107 (32.33)	28 (8.46)	10 (3.02)
4. ท่านพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถ ทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	38 (11.48)	156 (47.13)	119 (35.95)	16 (4.83)	2 (0.60)
5. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล มากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมี ชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	12 (3.63)	98 (29.61)	113 (34.14)	88 (26.59)	20 (6.04)
6. ท่านพอใจกับความสามารถในการ ทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด	26 (7.85)	114 (34.44)	134 (40.48)	42 (12.69)	15 (4.53)
7. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ได้ดีเพียงใด	34 (10.27)	113 (34.14)	97 (29.31)	76 (22.96)	11 (3.32)

จากตารางที่ 16 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ ความพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน ร้อยละ 58.61 (11.48+47.13) ความพอใจกับการนอนหลับ ร้อยละ 56.19 (12.08+44.11) และการมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ร้อยละ 54.98 (14.80+40.18) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 32.63 (26.59+6.04) และสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ร้อยละ 26.28 (22.96+3.32)

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านจิตใจ

ด้านจิตใจ	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
8. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง มากน้อยเพียงใด	49 (14.80)	153 (46.22)	105 (31.72)	22 (6.65)	2 (0.60)
9. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	42 (12.69)	130 (39.27)	124 (37.46)	26 (7.85)	9 (2.72)
10. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน	67 (20.24)	151 (45.62)	96 (29.00)	16 (4.83)	1 (0.30)
11. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	49 (14.80)	106 (32.02)	121 (36.56)	47 (14.20)	8 (2.42)
12. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	18 (5.44)	53 (16.01)	100 (30.21)	120 (36.25)	40 (12.08)
13. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน	96 (29.00)	146 (44.11)	79 (23.87)	9 (2.72)	1 (0.30)

จากตารางที่ 17 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านจิตใจ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ร้อยละ 73.11 (29.00+44.11)

การรู้สึกพอใจในตนเอง ร้อยละ 65.86 (20.24+45.62) และการรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ร้อยละ 61.02 (14.80+46.22) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล ร้อยละ 48.33 (36.25+12.08) และการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง ร้อยละ 16.62 (14.20+2.42)

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน	56 (16.92)	167 (50.45)	94 (28.40)	14 (4.23)	0 (0.00)
15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน	57 (17.22)	137 (41.39)	121 (36.56)	16 (4.83)	0 (0.00)
16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่าน แค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	19 (5.74)	29 (8.76)	88 (26.59)	62 (18.73)	133 (40.18)

จากตารางที่ 18 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น ร้อยละ 67.37 (16.92+50.45) ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ร้อยละ 58.61 (17.22+41.39) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความพอใจในชีวิตทางเพศ ร้อยละ 58.91 (18.73+40.18)

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอ
วังน้ำเย็นจังหวัดสระแก้ว ในด้านสภาพแวดล้อม

ด้านสภาพแวดล้อม	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
17. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	58 (17.52)	142 (42.90)	106 (32.02)	24 (7.25)	1 (0.30)
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	60 (18.13)	142 (42.90)	109 (32.93)	19 (5.74)	1 (0.30)
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	45 (13.60)	123 (37.16)	139 (41.99)	22 (6.65)	2 (0.60)
20. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	44 (13.29)	165 (49.85)	105 (31.72)	17 (5.14)	0 (0.00)
21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	37 (11.18)	126 (38.07)	128 (38.67)	38 (11.48)	2 (0.60)
22. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	47 (14.20)	128 (38.67)	122 (36.86)	33 (9.97)	1 (0.30)
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	62 (18.73)	145 (43.81)	102 (30.82)	22 (6.65)	0 (0.00)
24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	23 (6.95)	109 (32.93)	149 (45.02)	44 (13.29)	6 (1.81)

จากตารางที่ 19 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น ร้อยละ 63.14 (13.29+49.85) สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ ร้อยละ 62.54 (18.73+43.81) และความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ ร้อยละ 61.03 (18.13+42.90) ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน ร้อยละ 15.10 (13.29+1.81) และการได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ร้อยละ 12.08 (11.48+0.60)

ตารางที่ 20 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ			(\bar{X})	SD	แปลผล
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
ด้านร่างกาย	10 (3.00)	279 (84.30)	42 (12.70)	23.09	3.22	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	6 (1.8)	214 (64.70)	111 (33.50)	21.08	2.98	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	44 (13.30)	233 (70.40)	54 (16.30)	9.72	1.91	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	1 (0.30)	193 (58.30)	137 (41.40)	28.79	4.34	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2 (0.60)	227 (68.60)	102 (30.8)	89.98	11.00	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.60 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 30.8 และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.60 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านของคุณภาพชีวิต พบว่า ด้านร่างกาย ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 12.70 และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 3.00 ตามลำดับ

ด้านจิตใจ ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.70 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 33.50 และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 1.80 ตามลำดับ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.40 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 16.30 และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 13.30 ตามลำดับ และ

ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คิดเป็นร้อยละ 41.40 และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.30 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่มีเพศต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD	t	Sig.
ชาย	142	91.46	11.55	2.13*	0.030
หญิง	189	88.87	10.46		

หมายเหตุ: * มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 21 การทดสอบความแตกต่างระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ด้วยสถิติ t-test พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.03 แสดงว่า มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่มีเพศต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่มีอายุต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ตารางที่ 22 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
60-64 ปี	103	91.87	10.81
65-69 ปี	111	92.32	9.88
70-74 ปี	71	88.80	10.97
75-79 ปี	26	84.38	10.22
80 ปีขึ้นไป	20	81.50	12.25
รวม	331	89.98	11.00

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีระดับคุณภาพชีวิต จำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตสูง เป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{X} = 92.3$, $SD = 9.88$) รองลงมาได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี ($\bar{X} = 91.87$, $SD = 10.81$) และอันดับสุดท้าย คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ($\bar{X} = 81.50$, $SD = 12.25$)

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	3510.01	4	877.50	7.85**	0.00
ภายในกลุ่ม	36432.84	326	111.76		
รวม	39942.85	330			

หมายเหตุ: ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 23 การทดสอบความแตกต่างระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ระหว่างกลุ่มอายุต่าง ๆ ด้วยสถิติ F-test พบว่าค่า Sig. เท่ากับ 0.00 แสดงว่า มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.01 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่มีอายุต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกต่างกลุ่มอายุ

อายุ	ค่าเฉลี่ย	อายุ				
		60-64 ปี	65-69 ปี	70-74 ปี	75-79 ปี	80 ปีขึ้นไป
60-64 ปี	91.87		-0.45	3.87	7.49*	10.37*
65-69 ปี	92.32			4.32	7.94*	10.82*
70-74 ปี	88.00				3.62	6.50
75-79 ปี	84.38					2.88
80 ปีขึ้นไป	81.50					

หมายเหตุ: * มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของ Scheffe พบว่า มีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่าง ๆ 4 คู่ ได้แก่ คู่ที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-64 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-79 ปี กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-64 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65-69 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-79 ปี กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 4 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 65-69 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ตารางที่ 25 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
โสด	19	90.47	8.46
สมรส	177	92.92	10.60
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	90	84.20	10.30
หย่า	20	88.95	11.50
แยกกันอยู่	25	90.44	9.87
รวม	331	89.98	11.00

หมายเหตุ: ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 25 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีระดับคุณภาพชีวิต จำแนกตามกลุ่มสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีระดับคุณภาพชีวิตมาเป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{X} = 92.92$, $SD = 10.60$) รองลงมาได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) ($\bar{X} = 84.20$, $SD = 10.30$) และอันดับสุดท้ายคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ($\bar{X} = 90.47$, $SD = 8.46$)

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	4562.88	4	1140.72	10.51**	0.00
ภายในกลุ่ม	35379.98	326	108.53		
รวม	39942.85	330			

หมายเหตุ: ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 26 การทดสอบความแตกต่างระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ระหว่างผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสในแบบต่าง ๆ ด้วยสถิติ F-test พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.00 แสดงว่า มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพ	ค่าเฉลี่ย	สถานภาพ				
		โสด	สมรส	หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	หย่า	แยกกัน อยู่
โสด	90.47		-2.44	6.27	1.52	0.03
สมรส	92.92			8.72*	3.97	2.48
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	84.20				-4.75	-6.24
หย่า	88.95					-1.49
แยกกันอยู่	90.44					
รวม	89.98					

หมายเหตุ: * มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของ Scheffe พบว่า มีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส ในแบบต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน พบว่า มี 1 คู่ได้แก่

คู่ที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย (คู่สมรส เสียชีวิต) กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ตารางที่ 28 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
ไม่ได้เรียนหนังสือ	60	83.57	11.32
ประถมศึกษา	131	88.83	10.84
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	88.86	8.01
มัธยมศึกษาตอนปลาย	59	91.25	8.49
อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.)	11	88.64	6.48
อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	23	96.91	6.32
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	26	103.00	9.04
รวม	331	89.98	11.00

จากตารางที่ 28 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีระดับคุณภาพชีวิต จำแนกตามกลุ่มระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับคุณภาพชีวิตมาเป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{X} = 88.83$, $SD = 10.84$) รองลงมาได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ ($\bar{X} = 83.57$, $SD = 11.32$) และอันดับสุดท้าย คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.) ($\bar{X} = 88.64$, $SD = 6.48$)

ตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	8295.68	6	1382.61	14.16**	0.00
ภายในกลุ่ม	31647.17	324	97.68		
รวม	39942.85	330			

หมายเหตุ: ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 29 การทดสอบความแตกต่างระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ระหว่างผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ด้วยสถิติ F-test พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.00 แสดงว่า มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.01 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ระดับการศึกษา						
		ไม่ได้เรียนหนังสือ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.)	อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
ไม่ได้เรียนหนังสือ	83.57		-5.27	-5.29	-7.69*	-5.07	-13.35*	-19.43*
ประถมศึกษา	88.83			-0.03	-2.42	0.20	-8.08*	-14.17*
มัธยมศึกษาตอนต้น	88.86				-2.40	0.22	-8.06	-14.14*
มัธยมศึกษาตอนปลาย	91.25					2.62	-5.66	-11.75*

ตารางที่ 30 (ต่อ)

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ระดับการศึกษา						
		ไม่ได้เรียนหนังสือ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.)	อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.)	88.64						-8.28	-14.36*
อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	96.91							-6.09
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	103.0							
รวม	89.98							

หมายเหตุ: * มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของ Scheffe พบว่า มีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มระดับการศึกษาต่าง ๆ 8 คู่ ได้แก่

คู่ที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหนังสือ มี

ตารางที่ 31 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามการประกอบอาชีพ

การประกอบอาชีพ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	80.61	9.20
ประกอบอาชีพเกษตรกร	114	91.75	9.97
ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป	39	89.41	8.30
ประกอบอาชีพค้าขาย	57	94.53	8.68
ประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว	38	98.87	9.16

จากตารางที่ 31 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีระดับคุณภาพชีวิต จำแนกตามกลุ่มการประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกร มีระดับคุณภาพชีวิตมาเป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{X} = 91.75$, $SD = 9.97$) รองลงมาได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ($\bar{X} = 80.61$, $SD = 9.20$) และอันดับสุดท้าย คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว ($\bar{X} = 98.87$, $SD = 9.16$)

ตารางที่ 32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามการประกอบอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	11832.08	4	2958.02	34.30**	0.00
ภายในกลุ่ม	28110.77	326	86.23		
รวม	3942.85	330			

หมายเหตุ: ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 32 การทดสอบความแตกต่างระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ระหว่างผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพแตกต่างกัน ด้วยสถิติ F-test พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.00 แสดงว่า มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.01 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่ประกอบอาชีพต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องดำเนินการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตาม การประกอบอาชีพ

การประกอบอาชีพ	ค่าเฉลี่ย	การประกอบอาชีพ				
		ไม่ได้ประกอบอาชีพ	เกษตรกร	รับจ้างทั่วไป	ค้าขาย	เจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	80.61		-11.14*	-8.80*	-13.91*	-18.25*
เกษตรกร	91.75			2.34	-2.77	-7.11*
รับจ้างทั่วไป	89.41				-5.12	-9.46*
ค้าขาย	94.53					-4.34
เจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว	98.87					
รวม	89.98					

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของ Scheffe พบว่า มีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มการประกอบอาชีพต่าง ๆ 6 คู่ ได้แก่

คู่ที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกร กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 4 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกร และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกร มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 5 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกร และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกร มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 6 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการประกอบอาชีพเจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 6 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ตารางที่ 34 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับรายได้

รายได้	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD
ไม่เกิน 5,000 บาท	141	86.04	10.80
5,001-10,000 บาท	126	90.66	9.81
10,001-15,000 บาท	29	93.97	8.13
15,001 บาทขึ้นไป	35	100.11	10.01
รวม	331	89.98	11.00

จากตารางที่ 34 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีระดับคุณภาพชีวิต จำแนกตามกลุ่มรายได้ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีระดับคุณภาพชีวิตมาเป็นอันดับหนึ่ง ($\bar{X} = 90.66$, $SD = 9.81$) รองลงมาได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ ไม่เกิน 5,000 บาท ($\bar{X} = 86.04$, $SD = 10.80$) และอันดับสุดท้าย คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท ($\bar{X} = 93.97$, $SD = 8.13$)

ตารางที่ 35 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับรายได้

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	6307.20	3	2102.40	20.44**	0.00
ภายในกลุ่ม	33635.66	327	102.86		
รวม	39942.85	330			

หมายเหตุ: ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 35 การทดสอบความแตกต่างระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ระหว่างผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน ด้วยสถิติ F-test พบว่า ค่า Sig. เท่ากับ 0.00 แสดงว่า มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีระดับรายได้ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายคู่ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post hoc) ของค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามระดับรายได้

รายได้	ค่าเฉลี่ย	รายได้			
		ไม่เกิน 5,000 บาท	5,001-10,000 บาท	10,001-15,000 บาท	15,001 บาทขึ้นไป
ไม่เกิน 5,000 บาท	86.04		-4.62*	-7.93*	-14.08*
5,001-10,000 บาท	90.66			-3.31	-9.46*
10,001-15,000 บาท	93.97				-6.15
15,001 บาทขึ้นไป	100.11				
รวม	89.98				

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการทดสอบของ Scheffe พบว่า มีความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มรายได้ต่าง ๆ 4 คู่ ได้แก่

คู่ที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 2 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คู่ที่ 4 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป กล่าวคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 37 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

สมมติฐานระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	
	ยอมรับสมมติฐาน	ปฏิเสธสมมติฐาน
1. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีเพศต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	✓	-
2. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีอายุต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	✓	-
3. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	✓	-

ตารางที่ 37 (ต่อ)

สมมติฐานระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	
	ยอมรับสมมติฐาน	ปฏิเสธสมมติฐาน
4. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีระดับการศึกษา ต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	✓	-
5. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีการประกอบ อาชีพต่างกันมีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	✓	-
6. ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน	✓	

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ของเทศบาลเมือง วังน้ำเย็น

ตารางที่ 38 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ	ความถี่
1. เพิ่มค่าครองชีพให้กับผู้สูงอายุ	35
2. จัดกิจกรรม/ โครงการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุเพื่อสร้าง รายได้ให้กับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้	6
3. จัดสวัสดิการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น จัดรถ รับ-ส่ง ไว้บริการนำส่งผู้สูงอายุไปรับบริการจากสถานพยาบาล เช่น รับยาผู้ป่วยเรื้อรัง ฯ	4
4. จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมนันทนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย	2
5. จัดศูนย์เรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ และภูมิปัญญาของกลุ่มผู้สูงอายุ	1

จากตารางที่ 38 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีข้อเสนอแนะว่าให้เพิ่มค่าครองชีพให้กับผู้สูงอายุ เป็นอันดับหนึ่ง โดยมีความคิดเห็นว่า ค่าครองชีพที่ได้รับในปัจจุบันไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ รองลงมา คือ จัดกิจกรรม/ โครงการ ส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้ จัดสวัสดิการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น จัดรถรับ-ส่ง ไว้บริการนำส่งผู้สูงอายุไปรับบริการจากสถานพยาบาล เช่น รับยาผู้ป่วยเรื้อรัง ฯ จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมนันทนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และจัดศูนย์เรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ และภูมิปัญญาของกลุ่มผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษา “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว และเพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น จำนวน 331 คน จากประชากรทั้งสิ้น 2,332 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน คือ การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามลำดับ ทั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบสมมติฐาน โดยใช้สถิติทดสอบ F-test สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มขึ้นไป และสถิติทดสอบ t-test สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เมื่อมีนัยสำคัญทางสถิติจึงเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 65-69 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1-3 คน อาศัยอยู่กับบุตร/ ธิดา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุ มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกร สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ และเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม

2. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.60 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วในรายด้าน พบว่า ก) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ในด้านร่างกาย ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
 ข) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็นจังหวัดสระแก้ว ในด้าน
 จิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.70 ของกลุ่ม
 ตัวอย่างทั้งหมด ค) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็นจังหวัด
 สระแก้ว ในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ
 ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.40 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และ ง) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขต
 เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็นจังหวัดสระแก้ว ในด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่
 มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.30 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ/ ประเด็น พบว่า

2.1 ด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ
 ปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่
 ความพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน รองลงมาคือ ความพอใจกับการนอนหลับ
 และการมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต
 น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่
 และสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเอง

2.2 ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ
 ปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่
 การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย รองลงมา คือ การรู้สึกพอใจในตนเอง และการรู้สึกพึงพอใจในชีวิต
 ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า
 หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล และการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง

2.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีคุณภาพ
 ชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึง
 มากที่สุด ได้แก่ ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น รองลงมา คือ ความพอใจกับการ
 ช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่
 ความพอใจในชีวิตทางเพศ

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีคุณภาพชีวิต
 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึง
 มากที่สุด ได้แก่ ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น รองลงมาคือ
 สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ และความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ ส่วนข้อที่ผู้สูงอายุมีระดับ

คุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน และการได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน

3. ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยจำแนกตามจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

3.1 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีเพศต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

3.2 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีอายุต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

3.3 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

3.4 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

3.5 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีประกอบอาชีพต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

3.6 ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิต แตกต่างกัน

4. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว มีข้อเสนอแนะว่าให้เพิ่มค่าครองชีพให้กับผู้สูงอายุ เป็นอันดับหนึ่ง โดยมีความคิดเห็นว่า ค่าครองชีพที่ได้รับในปัจจุบันไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ รองลงมา คือ จัดกิจกรรม/ โครงการ ส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุเพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้ จัดสวัสดิการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น จัดรถรับ-ส่ง ไว้บริการนำส่งผู้สูงอายุไปรับบริการจากสถานพยาบาล เช่น รับยาผู้ป่วยเรื้อรัง ฯ จัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมนันทนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และจัดศูนย์เรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ และภูมิปัญญาของกลุ่มผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

การศึกษา “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว” ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิต สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายผล ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของธาริน สุขอนันต์ และคณะ (2554) ได้วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ด้านร่างกายสภาพแวดล้อมและด้านจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทธพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทโรทธิ์ศรี (2555) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรหมณานิคม จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอำเภอพรหมณานิคมจังหวัดสกลนครอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้กลับขัดแย้งกับงานวิจัยบางส่วนของดวงใจ คำคง (2553) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน ก็พบว่าอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีด้านปัญหาอยู่ในระดับกลางเท่านั้น

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีเพศที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยารัตน์ มีลาภ (2553) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า พบว่า เพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยของบุญเอื้อ ยงวานิชกร และปิยะดา ประเสริฐสม (2554) ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผู้สูงอายุที่มีอายุที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงใจ คำคง (2553) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีผลทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของอารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ คำคง (2554) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพ มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสถานภาพหม้าย มีผลทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของอารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก

ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) ทำการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อาชีพ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทร โปธิศรี (2555) ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่แตกต่างกัน มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งถือว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญเอื้อ ยงวานิชากร และปิยะดา ประเสริฐสม (2554) ได้วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาริน สุขอนันต์ และคณะ (2554) ได้วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มี รายได้แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หากพิจารณาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ ความพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน รองลงมา คือ ความพอใจกับการนอนหลับ และการมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ และสามารถ ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ตามลำดับ กอรปกับหากพิจารณาตามทฤษฎีทางด้านชีวภาพที่มองผู้สูงอายุในด้านของความเสื่อมตามกาลเวลาของสภาวะร่างกาย ในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม สภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การดูแลผู้สูงอายุซึ่งทำโดยตัวผู้สูงอายุและครอบครัว จึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกาย และส่งเสริมการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเด็นหลักที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียดและความวิตกกังวล และการป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุทุกคน หากแต่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะเจาะจง เช่น มีปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาของความพิการ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ

2. หากพิจารณาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพจิต พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ การรู้สึกในชีวิตมีความหมาย รองลงมา คือ การรู้สึกพอใจในตนเอง และการรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล และการยอมรับรูปร่าง

หน้าตาของตัวเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นจะต้องเข้าใจและหาทางช่วยเหลือ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมักได้รับการละเลยมาก โดยที่คนส่วนใหญ่มักคิดว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่แข็งแรง ฟุ้งซ่านไปเองหรือเรียกร้องความสนใจ ซึ่งในความจริงแล้วอาการเหล่านี้เป็นอาการเจ็บป่วยอย่างหนึ่งแต่เป็นอาการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือด้วยความเข้าใจหากจำเป็นอาจต้องพึ่งการรักษาด้วยการใช้ยาหรือบำบัดเฉพาะ

3. หากพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น รองลงมา คือ ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความพอใจในชีวิตทางเพศ ในการส่งเสริมด้านนี้ ควรเริ่มตั้งแต่ในครอบครัวโดยให้โอกาสผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปในบ้าน หากเป็นไปได้ควรสนับสนุนและให้โอกาสผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ตามความชอบและความสนใจของผู้สูงอายุ

4. หากพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต มากถึงมากที่สุด ได้แก่ ความพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น รองลงมาคือ สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ และความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ ส่วนประเด็นที่ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิต น้อยที่สุดถึงน้อย ได้แก่ ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน และการได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ถือว่าครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเองมีบทบาทสำคัญยิ่ง ประการแรกครอบครัวต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญตลอดจนเจตคติที่เหมาะสมต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต จึงจะทำให้การดูแลและเอื้ออาทรผู้สูงอายุมีคุณค่าอย่างแท้จริง เช่น การเสริมสร้างความพึงพอใจ การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมห่างไกลมลพิษ การคมนาคมที่สะดวก ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้น ยังมีประเด็นปัญหาในแง่มุมอื่นที่น่าศึกษาให้กว้างขวางและลึกซึ้งได้อีกในครั้งต่อไป ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะลึกในบางประเด็น เช่น ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชน ความต้องการของผู้สูงอายุ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกรณีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้วเท่านั้น ดังนั้นจึงควรศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในรูปแบบการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท เพื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 2 อาณาบริเวณข้างต้น

บรรณานุกรม

- กรณีกา เจริญลักษณ์. (2545). *บทบาทของผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่สังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.
- กระทรวงมหาดไทย. (2548). *ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548*. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- กัลยารัตน์ มีลาภ. (2553). *คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ.ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า*. การค้นคว้าอิสระศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- กัลยาณี ทองสว่าง. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชน ออเงิน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญกิจ.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2548). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- เกษียร นพรัตน์. (2539). *การศึกษาระดับความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกำลังพลในกรมสวัสดิการทหารบก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการทหาร, โรงเรียนเสนาธิการทหารบก สถาบันวิชาการทหารบกชั้นสูง.
- ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2543). *ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

- จริยา ปั่นทวังกูร. (2549). *พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
- เจษฎา บุญทา. (2545). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจนิตตา เข้มเนตรกิจ. (2553). *แนวทางการพัฒนานโยบายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลศรีละกอ อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา*. การศึกษาอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนากานต์ บุญนุช. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุตติเดช เจียนคอน, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร โทวธีระกุล. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา*, *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2548). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศุภานิชการพิมพ์.
- ดวงใจ คำคง. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, คณะวิทยาการสุขภาพการกีฬา, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เด่นดวงดี ศรีสุระ. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น. (2555) *แผนพัฒนาสามปี (2556-2558)*. สระแก้ว: สำนักปลัดเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น. จังหวัดสระแก้ว.

เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น (2557). *ข้อมูลประชากรอำเภอเมืองวังน้ำเย็น*. สระแก้ว:

สำนักบริหารการทะเบียน สำนักปลัดเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น.
จังหวัดสระแก้ว.

ชั้นยัชชา พิภูสณิอัครชัย. (2553). *กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลนาเยี่ย
อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี*. การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทุมมานนท์, และปิยรัตน์ จิตรภักดี. (2554).

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสาร
สาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 240.

ธีระศักดิ์ สวัสดิ์. (2553). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลท้ายทุ่ง
อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร*. การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นภนรรณ ทองเรือง. (2554). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลคำน้ำแซบ
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุญเอื้อ ยงวานิชกร และปิยะดา ประเสริฐสม. (2554). ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุ. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 16 (1) 57.

ประทุม ยนต์เจริญถ้ำ. (2546). *รูปแบบของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้มารับ
การตรวจสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัย
และพัฒนาศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ประภาพร จินันท์ญา. (2536). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง*. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ. (2536). *องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ในเอกสารการสอนชุดวิชา
สุขศึกษา หน่วยที่ 1-7*. หน้า 155-159. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมชราช.

ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*.
กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณนานาค จังหวัดสกลนคร. *วารสารสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 6*, 19(2), 60.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ:
นามมีบุ๊กส์พับลิเคชันส์.
- รุจิวงศ์ แอกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม*.
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วโรปภา อารีราษฎร์. (2551). บทที่ 6 การหาคุณภาพแบบทดสอบ. ใน *วโรปภา อารีราษฎร์ และคณะ
(บรรณาธิการ) การพัฒนาซอฟต์แวร์ทางการศึกษา* หน้า 121-144. มหาสารคาม:
คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม,
- วรรณิภา บุญระยอง. (2540). แนวคิดในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ. *ผู้สูงอายุ*, 16(2),
34-40.
- วราภรณ์ นารินทร์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน
ภายนอกตนด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
แขวงรอบเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วโรทัย โกศลพิศิษฐ์กุล. (2550, 28 กุมภาพันธ์). เพียง 500 บาทต่อเดือน ทำไมเบี้ยยังชีพคนชราถึง
สำคัญ. *มติชนรายวัน*, หน้า 20.
- วันนี จำเริญ. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท จังหวัด
นครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี เข้มจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะ
สุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมของผู้สูงอายุ แขวงรอบเมือง เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ อรุณรัตน์. (2552). *การบริหารจัดการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลบุรี*.
การศึกษาระดับรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น,
วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีรพงษ์ ยางเดี่ยว. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัด
ยโสธร*. การศึกษาระดับสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหาร,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศรีทับทิม พานิชพันธ์. (2544). บริการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 6(1-2), 52-86.
- ศิรินุช ฉายแสง. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดใส ศรีสอาด. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ ทรัพย์สิน โยธิน. (2553). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี*. การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.
- สุพรรณิ ไชยอำพร และสนิท สมักรการ. (2534). *คุณภาพชีวิตคนไทย: ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวเมืองกับชาวชนบท*. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุพัตรา สุภาพ. (2547). *สังคมวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 21)*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุมลรัตน์ เวียงธรรม. (2531). *การวิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของคนจังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิจัยการศึกษา, คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลี ทองตะลุง. (2553). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์*. การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล. (2541). เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 5(3), 4-15.
- อรนัทร โดษยานนท์. (2544). *การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคข้อเข่า*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- อารดา ชีระเกียรติกำจร. (2554). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โอรส ลีลากุลชนิด. (2533). ความพอใจในชีวิตของคนกรุงเทพฯ ในทัศนะของนักการตลาด. *วารสารพัฒนบริหารศาสตร์*, 30(1), 13-14.
- อำนวยการ สันเทพ. (2532). *ความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในเขตสาธารณสุข เขต 5*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Barrear, J. M. (1986). *Social network and social support*. London: Sage.
- Becker, M. H., & Maimam. L. A. (1975). Social behavior determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 6(May-June), 10-24.
- Flanagan J.C. (1998). Measurement of quality of life: Current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil*, 63(2), pp. 56-9.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social network and social support and overview of research, Practice and policy implication, *Health Education Quarterly*. 12(May), 5-12.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnosis approach*. New York: Mayfield.
- Kahn, R. L. (1979). *Aging from birth to dead: Interdisciplinary perspective*. Colorado: Westveiw.
- Markley, O. W., & Bagley, M. (1975). *Minimum standard for quality of life*. Menlo Park, California: Standard Research Institution.
- Orem, D. E. (1980). *Nursing concept of practice*. (2nd ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. (2nd ed.). New York: Apptenr and Lange.

Stromberg, M. F. (1994). *Selection & instrument to measure quality of life. Oncology Nursing*

UNESCO. (1998). Evaluating the quality of life in Belgium. *Social Indicators Research*.

8(September), 312.

WHO. (1996). WHOQOL-BREF. *Introduction, Administration, Scoring and generic of the assessment: Field Trial Version*. WHO: Geneva.

WHOQOL GROUP. (1995). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, file trail version*. WHO: Geneva

Zhan, L. (1994). Quality of life: Concept and measurement issues. *Journal of Advance Nursing*, 17, 795-800.

ภาคผนวก

ตารางที่ 39 การกำหนดตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรอิสระ	รูปแบบความสัมพันธ์ กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดอ้างอิง
เพศ	แตกต่างกัน ไม่แตกต่างกัน	<p>1. กัลยารัตน์ มีลาภ (2553) ทำการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงาน บมจ ธนาคารกรุงไทย เขตพระปิ่นเกล้า พบว่า เพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05</p> <p>1. ดวงใจ คำคง (2553) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงพบว่า ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</p> <p>2. บุญเอื้อ ขวานิชกร และปิยะดา ประเสริฐสม (2554) ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>
อายุ	แตกต่างกัน	<p>1. ดวงใจ คำคง (2553) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงพบว่า ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีผลทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05</p> <p>2. อารดา ธีระเกียรติคำจร (2554) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับคุณภาพชีวิต</p>

ตารางที่ 39 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแบบความสัมพันธ์ กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดอ้างอิง
ระดับการศึกษา	แตกต่างกัน	1. อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก
สถานภาพสมรส	แตกต่างกัน	1. ดวงใจ คำคง (2554) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงพบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพ มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยสถานภาพหม้าย มีผลทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 2. อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพสมรสมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก

ตารางที่ 39 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแบบความสัมพันธ์ กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดอ้างอิง
การประกอบ อาชีพ	แตกต่างกัน	<p>1. อารดา วีระเกียรติกำจร (2554) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่พบว่า อาชีพ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี (รับราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจ)</p> <p>2. ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี (2555) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>
รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน	ไม่แตกต่างกัน	<p>1. บุญเอื้อ ยงวานิชกร และปิยะดา ประเสริฐสม (2554) ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ</p>

ตารางที่ 39 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	รูปแบบความสัมพันธ์ กับตัวแปรตาม	งานวิจัย/ ทฤษฎี/ แนวคิดอ้างอิง
แหล่งที่มาของ รายได้	แตกต่าง	<p>1. ดวงใจ คำคง (2554) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงพบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้มากกว่า 1 แหล่ง พบได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุ (ร้อยละ 36.3) อันดับแรก ลูกหลานให้ (ร้อยละ 26.0) และจากการทำงานเอง (ร้อยละ 25.6) ในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน</p> <p>2. อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้น มีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น</p>
การเป็นสมาชิก กลุ่มหรือชมรม ทางสังคม	แตกต่าง	<p>1. ดวงใจ คำคง (2554) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงพบว่า ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน (ร้อยละ 83.5) มากกว่าการไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใด ๆ (ร้อยละ 16.5)</p> <p>2. อารดา ชีระเกียรติกำจร (2554) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่พบว่า อาชีพ มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ถ้าผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชุมชน เช่น แอโรบิค รำไม้พลอง วิ่งหรือเดินเพื่อสุขภาพ มีโอกาสทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น</p>

แบบสอบถาม

เรื่อง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

.....

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ ปัจจัยที่มีผลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น ซึ่งคำตอบที่ได้จะสะท้อนให้เห็นผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น และได้นำข้อมูลไปปรับใช้เพื่อการวางแผนในการพัฒนาต่อไปในอนาคต

คำชี้แจง แบบสอบถามมี ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำตอบปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิด โดยเติมคำในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยองค์การอนามัยโลก ชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัญหาด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด

1. เพศ

[] 1. ชาย [] 2. หญิง

2. อายุ ปี (เต็มปี)

3. สถานภาพสมรสในปัจจุบันของท่าน

[] 1. โสด [] 2. สมรส [] 3. หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

[] 4. หย่า [] 5. แยกกันอยู่

4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบัน.....คน

5. ลักษณะการอยู่อาศัยของท่าน

- 5.1 บุตร/ธิดา
- 5.2 คู่สมรส
- 5.3 อยู่คนเดียว
- 5.4 ไม่อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร แต่อยู่กับหลานที่มีอายุ 15-24 ปี
- 5.5 ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร แต่อยู่กับหลานที่มีอายุ 14 ปี ลงมา
- 5.6 อยู่กับญาติพี่น้องหรือคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คู่สมรส บุตร หรือหลาน

6. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษาตอนต้น
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
5. อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นต้น (ปวช.)
- 6.ปริญญาตรี
7. อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)
8. ปริญญาโทหรือสูงกว่า
9. อื่น ๆ (ระบุ).....

7. ท่านมีรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวจากแหล่งไหนบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ทำงานเอง
2. ลูกหลานให้
3. เงินออม
4. เงินบำเหน็จ/ บำนาญ
5. สวัสดิการผู้สูงอายุ
6. อื่น ๆ (ระบุ).....

8. ระดับรายได้ต่อเดือน

1. ไม่เกิน 5,000 บาท
2. 5,001-10,000 บาท
3. 10,001-15,000 บาท
4. 15,001-20,000 บาท
5. มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป

9. สถานภาพการประกอบอาชีพหลักปัจจุบัน

1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจาก
2. ประกอบอาชีพ (โปรดระบุ)
- 2.1 () เกษตรกร
- 2.2 () รับจ้างทั่วไป
- 2.3 () ค้าขาย
- 2.4 () เจ้าของกิจการ/ ธุรกิจส่วนตัว
- 2.5 () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

10. การเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ

- [] 1. ไม่สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจาก.....
- [] 2. สามารถเข้าถึงบริการของหน่วยงานภาครัฐ โปรดระบุ บริการของรัฐที่ท่านใช้
บริการ.....

11. การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม

- [] 1. ไม่เป็น [] 2. เป็นสมาชิกกลุ่ม (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- [] 2.1 กลุ่มออมทรัพย์
- [] 2.2 ครอบครัวดันแบบ
- [] 2.3 ชมรมผู้สูงอายุ
- [] 2.4 กลุ่มเกษตรกรรม
- [] 2.5 กลุ่มแม่บ้าน
- [] 2.6 กลุ่มออมทรัพย์
- [] 2.7 กลุ่มสื่อสารมวลชน
- [] 2.8 กลุ่มสวัสดิการ
- [] 2.9 กลุ่มแปรรูปและกระจายสินค้า
- [] 2.10 กลุ่มเกษตรกรรม
- [] 2.11 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่
ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย

- ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ
- | | |
|-----------|---|
| ไม่เลย | หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก |
| เล็กน้อย | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่ |
| ปานกลาง | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ |
| มาก | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี |
| มากที่สุด | หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่า
สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก |

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความรู้สึก				
		ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างไร					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักหรือไม่เพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักหรือไม่เพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักหรือไม่					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้พอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรูปร่างไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ระดับความรู้สึก				
		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน อย่างน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดอย่างน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านอย่างน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทาง เพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมี วิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ตอนที่ 3 ปัญหาด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนางาน

ด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น

ปัญหาด้านการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

❀ ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ❀

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale if Item	Scale if Item	Corrected Total	Mean if Item	Variance Deleted	Item- Deleted	Alpha Correlation	Deleted
QUA1	87.8000	119.7517	.7440	.8981				
QUA2	87.7667	125.5644	.6241	.9014				
QUA3	87.3333	117.8161	.7117	.8988				
QUA4	87.2333	125.6333	.5297	.9032				
QUA5	87.1000	131.7483	.4111	.9055				
QUA6	87.6333	118.1023	.8317	.8960				
QUA7	87.0667	128.8230	.5526	.9032				
QUA8	88.4000	129.7655	.3773	.9061				
QUA9	87.3333	129.9540	.3157	.9077				
QUA10	87.2667	130.2023	.6216	.9033				
QUA11	87.4667	125.0161	.5744	.9022				
QUA12	88.6333	126.7920	.4802	.9042				
QUA13	86.8333	133.1092	.2954	.9070				
QUA14	87.0000	140.6897	-.2500	.9149				
QUA15	87.4667	125.4299	.4836	.9044				
QUA16	87.6000	126.6621	.5748	.9024				
QUA17	87.2000	131.1310	.3373	.9066				
QUA18	87.3667	126.2402	.5513	.9028				
QUA19	87.9000	126.5069	.4433	.9053				
QUA20	87.4000	123.2828	.7100	.8995				
QUA21	87.0000	136.2759	.0178	.9129				
QUA22	87.7333	129.1678	.5636	.9032				
QUA23	86.8667	127.4989	.6846	.9015				
QUA24	88.4333	122.9437	.6281	.9010				
QUA25	89.5000	125.9138	.5847	.9021				
QUA26	87.3333	128.8506	.6128	.9027				

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 26

Alpha = .9072