

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์
อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

ดวงใจ คำคง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยทักษิณ

2554



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

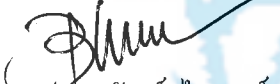
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ
มหาวิทยาลัยทักษิณ

ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์

อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

ชื่อ – สกุล ผู้ทำวิทยานิพนธ์ : นางสาวดวงใจ คำคง

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์


(อาจารย์ ดร. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์)

ประธานที่ปรึกษา


(อาจารย์ ดร. วัลลภา คชภักดี)

กรรมการที่ปรึกษา

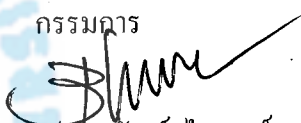
คณะกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์


(อาจารย์ ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม)

ประธานกรรมการ


(อาจารย์ ดร. วัลลภา คชภักดี)

กรรมการ


(อาจารย์ ดร. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์)

กรรมการ

มหาวิทยาลัยทักษิณอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ ของ
มหาวิทยาลัยทักษิณ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมภพ อินทสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....18.....เดือน.....พฤษภาคม..... พ.ศ. 2554....

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยทักษิณ

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณา ให้คำปรึกษา อย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. วัลลภา คชภักดี กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ กรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ แนวคิดวิธีการ แนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและคุณภาพของ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และได้กรุณาตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่อง และให้คำแนะนำใน การสร้างเครื่องมือให้ถูกต้อง สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าสถานีนอนามัยตำบลลำสินธุ์ เครือข่ายสินธุ์แพรทอง นายกเทศบาล ตำบลลำสินธุ์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัย และที่สำคัญ ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ เพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ นิสิตสาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพทุกท่าน ที่ได้ให้ กำลังใจ คำแนะนำ และร่วมคิดร่วมทำงานกันตลอดมา

คุณค่าทั้งหลายที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทีแต่บิดา มารดาและบูรพาจารย์ที่เคยอบรมสั่งสอน รวมทั้งผู้มีพระคุณทุกท่าน

ดวงใจ คำคง

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์ : ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

ชื่อ - ชื่อสกุลผู้ทำวิทยานิพนธ์ : นางสาวดวงใจ คำคง

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : อาจารย์ ดร. ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และ

อาจารย์ ดร. วัลลภา คชภักดี

ปริญญาและสาขาวิชา : ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

ปีการศึกษาที่สำเร็จ : 2553

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบจำนวน 170 คน จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ในทะเบียนราษฎร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแนวความคิดของพุทธทาสภิกขุและองค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ ด้านปัญญา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมรวม 48 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เป็นรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1 และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชด้านปัญญา ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม เท่ากับ 0.867, 0.854, 0.914, 0.917 และ 0.926 ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี ($SD = 7.51$) ครึ่งหนึ่งมีอายุ 60-69 ปี
2. คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 48.2 ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับสูง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีด้านปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง
3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่า ปัจจัยด้านอายุและสถานภาพหม้าย มีผลทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนสถานภาพสมรสมีผลทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

Abstract

Thesis Title: Factors Affecting Quality of Life of Elderly in Lumsinth Sub District,
Srenagarine District, Pathalung Province.

Student's Name : Duangjai Khamkhong

Advisory Committee: Dr. Bhunyabhadh Chairmay and
Dr. Wallapa Kochapakdee

Degree and Program: Master of Science in Health System Management

Academic Year: 2010

The objectives of this research were to investigate the quality of life and factors affecting quality of life of elderly in Lumsinth subdistrict Pathalung Province. 170 samples were selected by systematic random sampling method from population database of elderly in Lumsinth subdistrict. The quality of life questionnaire include 48 items within 5 components developed from Buddhadasa and WHO concept. Index of item-object congruence was tested the validity ranging from 0.67-1.00 and Cronbach's Alpha Coefficient for the component of intelligence, physical, psychological, social relationship, and environment was 0.867, 0.854, 0.914, 0.917, and 0.926, respectively. The results showed as follows:

1. The average age of the sample was 70.2 years (SD = 7.51). A half of the sample was 60-69 years old.
2. 48.2 % of the sample had quality of life at high level. Four components of physical, mental, social relations, and the environment were rated at high level while intelligence was rated at medium level.
3. Age and widow were negative affected to quality of life at the 0.05 statistical significant and couple was positive affected to quality of life at 0.05 statistical significant.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
ภูมิหลัง	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
คำถามวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพชีวิต	32
ลักษณะและองค์ประกอบของความเป็นชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนของ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง	43
กรอบแนวคิดในการวิจัย	45
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การตรวจสอบเครื่องมือ	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	52
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	53
4 ผลการวิจัย	
ข้อมูลทั่วไป	54
ตารางนำเสนอข้อมูล	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
บทย่อ.....	68
สรุปผล.....	69
อภิปรายผล.....	70
ข้อเสนอแนะ.....	83
บรรณานุกรม	85
บุคลากร	96
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	
คำบลำสนั้ อำเภอสรรคินทร์ จังหวัดพัทลุง.....	99
ภาคผนวก ข ตารางนำเสนอข้อมูล.....	110
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	122

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	49
2	ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์.....	55
3	ข้อมูลคุณลักษณะประชากรในการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยหรือ โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	56
4	ข้อมูลคุณลักษณะประชากรด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	57
5	คุณลักษณะประชากรด้านการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนของ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	58
6	ข้อมูลคุณลักษณะประชากรด้านการประกอบอาชีพและแหล่ง รายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	59
7	ข้อมูลคุณลักษณะแสดงภาระหนี้สินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์.....	60
8	ข้อมูลคุณลักษณะประชากรแสดงเงินออมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	60
9	ข้อมูลคุณลักษณะประชากรแสดงการได้รับเบี้ยยังชีพ และ การรับรู้สาเหตุของการที่ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	61
10	ข้อมูลคุณลักษณะประชากรแสดงการรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่ได้รับ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้ จากการดำเนินงานจัดทำแผนชุมชน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	62
11	ข้อมูลคุณลักษณะประชากรแสดงภูมิลำเนาเดิม ของกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	63
12	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	64
13	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ จำแนกรายด้าน และในภาพรวม.....	64

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	66
15	ข้อมูลความเจ็บป่วยแยกรายโรคของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์.....	111
16	ข้อมูลการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์.....	112
17	ข้อมูลการประกอบอาชีพและแหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์.....	113
18	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ จำแนกรายข้อ.....	114
19	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านปัญญาจำแนกรายข้อ.....	118
20	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านร่างกายจำแนกรายข้อ.....	118
21	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านจิตใจจำแนกรายข้อ.....	119
22	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมจำแนกรายข้อ.....	120
23	ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านสิ่งแวดล้อมจำแนกรายข้อ.....	121

สารบัญภาพประกอบ

ภาพที่	หน้า
1 ความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs).....	15
2 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้าบลล้าสินธุ์.....	47
3 ปรัชมคประชากรไทยปีพ.ศ. 2513-2593.....	71



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ประเทศไทยประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก เป็นแผนยุทธศาสตร์สำหรับการพัฒนาประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 จนถึงปัจจุบันซึ่งเป็นช่วงปลายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 นับรวมเวลาทั้งหมดได้ถึงศตวรรษมาแล้ว ทั้งนี้จากผลพวงของการพัฒนาตามแผนฯ ดังกล่าวได้ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมประเทศไทยในภาพรวมเป็นอันมาก ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม โดยเมื่อได้แยกพิจารณาในแต่ละประเด็นสาระสำคัญของแต่ละช่วงเวลาพบว่าในช่วงแผนฯ ฉบับที่ 1 – 7 (พ.ศ. 2504 – 2539) นั้น การพัฒนาได้มุ่งเน้นไปในภาคเศรษฐกิจระดับมหภาคเป็นส่วนใหญ่ โดยเชื่อว่าความเจริญเติบโตของภาคเศรษฐกิจ จะทำให้ประชาชนอยู่ดีกินดี และมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในภาพรวม มีการใช้แนวคิดการพัฒนาแบบรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาประเทศเกือบทั้งหมดจะถูกกำหนดโดยรัฐบาลจากส่วนกลาง (สินธุ์ สโรบล, สมคิด แก้วทิพย์และพัชริน ดำรงกิตติกุล. 2543 : 48) ส่งผลให้การพัฒนาระงุดตัวอยู่ในเขตเมือง การแก้ไขปัญหาไม่ครอบคลุม และไม่ตรงตามสภาพปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนไทยในชนบท โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ (ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ. 2536 : 3) ทั้งนี้ผลพวงเหล่านั้นยังก่อให้เกิดช่องว่างของระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเมืองและชนบท และในภาพรวมทำให้ศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของคนในสังคมลดลง นับว่าเป็นการบั่นทอนความเป็นชุมชนแบบเดิมของสังคมคนไทยที่มีการพึ่งตนเองและพึ่งพากันเองลงไปมาก (ปิยะ จอมทอง. 2548 : 4)

ต่อมาในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 – 10 (พ.ศ. 2540 – 2554) ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมของสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งจากแผนพัฒนาฯ ในช่วงที่ผ่านมาและจากกระแสโลกาภิวัตน์มากขึ้น ด้วยการยึดถือว่าคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ผ่านกลไกของกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม มีการพัฒนาเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างภาครัฐและประชาชน ผ่านกลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยการกระจายอำนาจจากส่วนกลางมากขึ้น แม้ว่าในระยะแรกจะเป็นการมุ่งกระจายงบประมาณ แต่ก็มีพัฒนาการของการกระจายอำนาจการตัดสินใจเพื่อการบริหารท้องถิ่นมากขึ้นในช่วงปลายของช่วงระยะเวลานี้ มีการเน้นการพัฒนาคนให้มีสุขภาวะทั้งร่างกาย

จิตใจ สังคม เชื่อมโยงทุกมิติ สามารถพึ่งพาตนเอง สร้างภูมิคุ้มกัน สร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ครอบครัวและชุมชน มีบทบาทในการพัฒนาสถาบันของตนเองและสังคม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550 : สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2552, จาก <http://www.nesdb.go.th>) มีรูปแบบการวัดสถานะสุขภาพจากเดิมที่พิจารณาแต่เฉพาะมิติทางกายโดยดูจากความเจ็บป่วยที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคอะไร อัตราการตายและความพิการมากน้อยอย่างไร ปรับเปลี่ยนมาวัดประเมินคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ซึ่งเชื่อมโยงทุกมิติ ทั้ง มิติทางกาย จิต สังคม และทางจิตวิญญาณ (ชาญวิทย์ ทระเทพ. 2546 : 45-46) ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตจึงเป็นตัวแสดงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากที่ถูกนำมาใช้ในช่วงเวลาดังกล่าวจนถึงปัจจุบัน และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการพัฒนาตามแผนพัฒนาฯ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของคนไทยยังไม่สามารถบรรลุผลได้ตามเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยพิจารณาจากข้อมูลที่เป็นรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ในการสำรวจความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ) ในช่วงปี พ.ศ. 2551 ซึ่งพบว่ามีความชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายมากถึง 22 ตัวชี้วัด จาก 42 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 52.4 โดยภาคใต้มีตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ไม่บรรลุเป้าหมายถึง 23 ตัวชี้วัด และเป็นที่น่าสังเกตคือตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ จปฐ. ตามที่กำหนดไว้น้อยที่สุด 5 อันดับแรกคือ 1) การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ 2) เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนครบ 3) เด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ได้รับวัคซีนครบ 4) เด็กอายุ 6 – 15 ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน และ 5) เด็กแรกเกิด - 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน (คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. 2551 : 4-9) ดังนั้นข้อมูลตามรายงานดังกล่าวข้างต้นนี้ย่อมชี้ชัดได้ว่ากลุ่มด้อยโอกาส โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและเด็ก มีคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ได้ตามมาตรฐานอย่างที่เราจะเห็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ซึ่งถือว่าเป็นเพียงขั้นต่ำสุดตามฐานคิดหลักของการวัดคุณภาพชีวิตคนไทยด้วยความจำเป็นขั้นพื้นฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรม คุณภาพชีวิตหมายถึงระดับของความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจในการดำรงชีวิตตามสภาพความเป็นอยู่ของปัจเจกบุคคลในสังคม ทั้งด้านปัญญา (พระพุทธบาทาสภิกขุ. 2545 : 29) ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL GROUP. 1995 : 19) ทั้งนี้ในประเด็นความพึงพอใจนั้นจะเกิดขึ้นได้ด้วยการได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในสังคม ทั้งในระดับจุลภาค และระดับมหภาค ซึ่งขึ้นอยู่กับขีดความสามารถในภาพรวมของสังคม ที่จะตอบสนองความต้องการแก่บุคคลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Sharma.1975 : 109-131) รวมถึงความสามารถในการสร้างสรรค์ ความมีศักดิ์ศรี การได้รับการยอมรับ ความรู้สึกว่าเป็นที่รักของคนอื่น การปราศจากความกลัว และความกังวล ความเห็นคุณค่าของตนเอง คุณภาพชีวิตจึงถือเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน

โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันซึ่งเป็นยุคสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ที่หมายถึงสภาพของสังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด (วารสาร ภูมิศาสตร์, 2549 : 21) สำหรับในประเทศไทย สัดส่วนผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2503 คิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด และ เริ่มสูงกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 : สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2552 จาก <http://service.nso.go.th>) และ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2550 : สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2552, จาก <http://www.nesdb.go.th>) ยังได้คาดการณ์ไว้ว่าผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นร้อยละ 16.8 หรือประมาณ 11.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 จากข้อมูลย้อนหลังที่เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเกณฑ์ จปฐ. ดังที่กล่าวมา และเมื่อนำมาผนวกเข้ากับความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบันแล้ว จะฉายภาพจากปัจจุบันไปยังอนาคตได้ว่าปัญหาของกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ชุมชนและสังคมจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น

การดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุของสังคมนั้นมีความจำเป็น เพราะในวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียต่างๆ เช่น ความสมบูรณ์แข็งแรง ความสวยงามของร่างกาย เพื่อน สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ (Thorson, 1995 : 55) สภาพของการสูญเสียดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ เศร้า ว้าวุ่น รู้สึกโดดเดี่ยว ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ สิ้นหวัง และขาดที่พึ่งพิง อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุลดลง (อรพรรณ ลีอนุวัตรวิชัย, 2543 : 193) ในระบบการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบว่าสถิติผู้สูงอายุก็จะมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังควบคู่ไปกับการมีชีวิตอยู่ด้วยเสมอ เช่น พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ อัมพาต/อัมพฤกษ์ หลอดเลือดในสมองตีบ และโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 31.7, 13.3, 7.0, 2.5, 1.6 และ 0.5 ตามลำดับ เป็นเหตุที่ต่อเนื่องทำให้มีผู้สูงอายุจำนวนมากถึงประมาณ 1 ใน 5 คน ไม่สามารถออกจากบ้านได้ด้วยตนเอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551 : 7) อันนำมาซึ่งระดับคุณภาพชีวิตยิ่งลดต่ำลงไปอีก ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงของภาวะประชากรสูงอายุเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ ดังนั้นสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทย ย่อมส่งผลให้การปรับตัวของประชากรและการเตรียมการเพื่อรองรับผลกระทบเป็นไปอย่างจำกัดและมีความยากลำบากได้เช่นเดียวกัน (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545 : 7-8) การเตรียมการด้านองค์ความรู้เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเป็นภัยเงียบคุกคามและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนในสังคมด้วยการศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลในระดับชุมชนที่มีขนาดไม่ใหญ่เกินไปอย่างเช่นในระดับตำบล หรืออำเภอ จึงจำเป็นเพื่อการสะท้อนกลับของข้อมูลสู่ชุมชน

ต่างๆ และชุดความรู้ที่ได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การป้องกันปัญหา ตลอดจนการจัดการแก้ไขได้ตรงที่สาเหตุหลักที่เกิดขึ้นได้มากที่สุด

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544 : 3) กล่าวว่าการศึกษาในระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหน่วยพื้นฐานของชุมชนคือระดับตำบล จะสะท้อนให้เห็นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้ดีที่สุด และมีความเหมาะสมที่สุดที่จะนำไปสู่การเตรียมการเพื่อรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จะต้องมาจากการมองตัวเอง ชุมชน สังคมของตนเองให้ชัด และมีความเข้าใจในวัฒนธรรมของตนเอง มีเป้าหมาย และแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกัน คนในชุมชนต้องร่วมกันคิดร่วมกันสร้าง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชุมชนของตัวเอง ตัวอย่างของชุมชนที่จัดให้เข้าได้กับแนวคิดดังกล่าวข้างต้น คือชุมชนตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นชุมชนที่ถูกประกาศให้เป็นชุมชนเข้มแข็ง ภายใต้ความร่วมมือของการดำเนินงานทั้งจากภาครัฐและภาคประชาชน ซึ่งการดำเนินงานด้านสุขภาพโดยมีสถานีนามัย ตำบลลำสินธุ์ จัดบริการสุขภาพให้ทุกคนในชุมชนได้เข้าถึงสิทธิอันพึงมีพึงได้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 และมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากเทศบาลตำบลลำสินธุ์ และเครือข่ายสินธุ์แพรทอง ซึ่งเป็นองค์กรชุมชนตามการรับรองของสถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน (พอช.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) มีแผนชุมชนที่เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และจัดระบบสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น อีกทั้งองค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการสร้างสุขภาพดังเช่นชุมชนอื่นๆ แต่ความแตกต่างของพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ คือเป็นชุมชนต้นแบบที่มีความเข้มแข็งในการพึ่งพาตนเอง และให้ความสำคัญของการรวมกลุ่มโดยใช้ความเป็นเครือญาติในการจัดการชุมชน แกนนำชุมชนเลือกให้การแปลงวิถีชีวิตให้เป็นโอกาส ผ่านประสบการณ์ที่ต้องช่วยเหลือกันตั้งแต่ยุคสมัยที่ถูกทางการกล่าวหาว่าเป็นพื้นที่ปฏิบัติการของฝ่ายซ้าย (คอมมิวนิสต์) โจรผู้ร้าย วิถีชีวิตเศรษฐกิจ ภัยธรรมชาติ ตั้งแต่ในอดีต โดยมีพื้นฐานการออมเงิน จัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ในทุกหมู่บ้านนำมาซึ่งความเข้มแข็งของชุมชน เกิดกลุ่มต่าง ๆ ที่สามารถดำเนินกิจกรรมมาอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือกันในชุมชน อย่างต่อเนื่อง 8 กลุ่มด้วยกันคือ กลุ่มโรงเรียนอสม. เกษตรกรรม แม่บ้าน ออมทรัพย์ สื่อสารมวลชน เด็กและเยาวชน สวัสดิการชุมชน และกลุ่มแปรรูปและกระจายสินค้าเกษตรกรรม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะกระจายเป็นกลุ่มย่อยในทุกหมู่บ้าน มีการผสมผสานความร่วมมือทั้งจากภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน จนกลายเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งในนาม “สินธุ์แพรทอง” (วรพล หนูนุ่น, นเรศ หอมหวาน, ถาวร พรหมสังคหะ, ณัฐชา ทองศรีนุ่นและดวงใจ คำคง, 2551 : 175-182) ก่อตัวขึ้นมาเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนที่ได้มาจากระบวนการแผนชุมชนขับเคลื่อน

การพัฒนาท้องถิ่นโดยคนในชุมชนเองอย่างมีทิศทาง ตามยุทธศาสตร์ที่เป็นฉันทามติร่วมกันของชุมชนอย่างแท้จริงจนเกิดกระบวนการของการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมจากสมาชิกในแต่ละระดับ (พินิตนาฏ วิสุทธิธรรม. 2550 : 23-26) มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคนที่เป็นสมาชิกของชุมชนในแต่ละรุ่นให้เข้าใจบทบาทและภารกิจทั้งต่อตนเอง เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคมได้เป็นอย่างดี จนเกิดคุณภาพแผนชุมชนในระดับ 1 ซึ่งเป็น 1 ใน 49 ตำบลทั่วประเทศที่สามารถทำแผนชุมชนโดยชาวบ้านเป็นหลัก ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการปฏิบัติจริงจนสามารถลดปัญหาได้จริง (พรหมทิพย์ เพชรมาศ. 2547: 9)

พื้นที่ตำบลลำสินธุ์นอกจากมีความเข้มแข็งในการพึ่งพาตนเองดังข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ยังพบว่าโครงสร้างประชากรในปี พ.ศ. 2552 ตำบลลำสินธุ์มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10.57 ของประชากรทั้งหมด และพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 31.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด แยกเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 24.6, 5.6, และ 1.0 ตามลำดับ (สถานีอนามัยลำสินธุ์. 2552) โดยที่ยังไม่นับรวมถึงโรคปวดข้อ นอนไม่หลับ และอื่นๆ นอกจากนี้ยังไม่พบว่าได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์มาก่อน ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือไม่ ทั้งที่แผนชุมชนตำบลลำสินธุ์มีเป้าประสงค์สูงสุดคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน โดยการมีมุมมองต่อผู้สูงอายุในฐานะคลังความรู้ของชุมชน มีการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพโดยการเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม ในส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ในแผนชุมชนก็ได้ระบุอย่างชัดเจนให้ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแล (วรพล หนูนุ่น และคณะ. 2551 : 175-182)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าชุมชนตำบลลำสินธุ์ จะมีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น เพียงแต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อสร้างเป็นความรู้เชิงประจักษ์ อาทิการมีกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่หลากหลาย และมีการเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่าง ๆ ของชุมชนและสมาชิกของชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม มีการส่งเสริมการออมเงินเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง มีการให้มุมมองต่อผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า มองเห็นผู้สูงอายุเป็นขุมความรู้ของชุมชน มีการใช้แผนชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาเองอย่างมีส่วนร่วมที่แท้จริง เป็นยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีการพัฒนาครอบครัวต้นแบบด้านสุขภาพ (เน้น 6 อ. ประกอบด้วย อาหาร อโรคา อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม อบายมุข) แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ชุมชนตำบลลำสินธุ์ซึ่งเป็นชุมชนหนึ่งที่อยู่ในภาวะสังคมผู้สูงอายุมีความเหมาะสมสำหรับการศึกษาในครั้งนี้จึงพิจารณาเห็นควรที่จะทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปสะท้อนกลับเพื่อการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ให้สูงขึ้น และเพื่อการขยายผลชุดความรู้นี้ไปยังพื้นที่ใกล้เคียงและพื้นที่อื่นในการนำไปปรับใช้ อันจะยังผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชากรที่กำลังจะย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในภาพรวมต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

คำถามวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงอยู่ในระดับสูง
2. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาระหนี้สิน เงินออม ภาวะการมีโรค การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชนมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ คาดว่าจะสะท้อนข้อมูลให้เห็นผลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ และชุมชนตำบลลำสินธุ์สามารถนำชุดความรู้ที่ได้ไปวางแผนในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ยังสามารถนำความรู้ที่ได้ไปวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของชุมชนอื่นๆ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนพึ่งตนเองโดยมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่จริงในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ในช่วงเวลาเดือน กรกฎาคม 2553 – กันยายน 2553

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาระหนี้สิน เงินออม ภาวะการมีโรค การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน
2. ตัวแปรตาม คือ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงทั้งด้านปัญญา ร่างกาย จิตใจ ความ สัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่อาศัยอยู่จริงโดยมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่จริง ในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง
 2. คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ และ ความพึงพอใจ ในการดำรงชีวิตในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุขตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบๆตัวเองทั้งด้านปัญญา ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง
 3. อายุ หมายถึง อายุของผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง นับครบรอบปีบริบูรณ์ตาม วันเดือนปีเกิดที่ระบุไว้ในทะเบียนราษฎร กรณีที่ทราบเฉพาะปีเกิดนับครบ 60 ปีบริบูรณ์ในวันที่ 1 มกราคม 2553
 4. เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงที่ระบุไว้ในทะเบียนราษฎร คือเพศหญิงและเพศชาย
 5. สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยาของผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ซึ่งระบุไว้ 5 สถานภาพคือ สถานภาพโสด สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย สถานภาพหย่า สถานภาพแยกกันอยู่
- สถานภาพโสด หมายถึง ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์อำเภอสรีนครินทร์จังหวัดพัทลุงที่ไม่เคยมีสามีหรือภรรยาตามกฎหมายและการรับรู้ของสังคม

สถานภาพสมรส หมายถึง ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ที่มีสามีหรือภรรยาตามกฎหมายหรือการรับรู้ของสังคม

สถานภาพหม้าย หมายถึง ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผู้ที่มีสามีหรือภรรยาได้ตายไปแล้ว และขณะนี้ยังไม่มีสามีหรือภรรยาใหม่

สถานภาพหย่า หมายถึง ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผู้ที่มีสามีหรือภรรยาหย่ากัน โดยถูกต้องตามกฎหมายแล้ว

สถานภาพแยกกันอยู่ หมายถึง ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ผู้ที่มีได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว แต่ยังไม่ได้อยู่กันตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่ไม่ได้สมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ไม่ได้อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยาแล้ว

6. ภาวะการมีโรค หมายถึง การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

7. การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง เป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ของชุมชนตำบลลำสินธุ์

8. ภาระหนี้สิน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง รับรู้การเป็นภาระหนี้สินที่ได้ออกมาเป็นจำนวนเงิน

9. เงินออม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง รับรู้การมีเงินออมที่ได้ออกมาเป็นจำนวนเงินโดยประมาณ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่เดียวกัน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ กำหนดในขอบเขต 3 ประเด็นคือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ครอบคลุมถึงประเด็นสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และนโยบายรวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพชีวิต ครอบคลุมไปถึงประเด็นคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ องค์ประกอบคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิต และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
3. ลักษณะและองค์ประกอบของความเป็นชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนของตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ดังที่จะได้นำเสนอในรายละเอียดไปตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 สถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

วารสาร ภูมิศาสตร์ (2549 : 21) รายงานว่าเมื่อ 60 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2493) ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 5.0 ของประชากรทั้งหมด และเป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุในสัดส่วนที่มากเป็นอันดับ 7 ใน 11 ประเทศของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้เลื่อนอันดับขึ้นมาเป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550 : 4) ได้รายงานไว้ว่าประเทศไทยเริ่มมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั่วประเทศ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และได้คาดการณ์ไว้ในปีที่ออกรายงานว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีก เป็นร้อยละ 15.28 หรือประมาณ 10.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 หรืออีก 10 ปีข้างหน้าเมื่อนับไปจากปีปัจจุบัน ทั้งนี้ได้ให้เหตุผลประกอบไว้ด้วยว่าเกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการเกิดและอัตราเจริญพันธุ์ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนเหตุผลดังกล่าวคือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรี 1 คนมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ เมื่อปี พ.ศ. 2507 เท่ากับ 6 คน ลดลงเหลือ 5 คนในปี พ.ศ. 2517 และเหลือเพียง 2 คนในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนบุตรที่ทดแทนกลุ่มมรดก

หรือเรียกว่าอัตราเจริญพันธุ์ในระดับทดแทนเท่านั้น และต่อมาในปี พ.ศ. 2549-2550 อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงมาอีก คงเหลือเพียง 1.6 คน ซึ่งเป็นอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำกว่าระดับทดแทน ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่อีกเหตุผลหนึ่งคือความยืนยาวของชีวิตประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดยมีข้อมูลสนับสนุนคืออายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดอายุยืนของประชากรสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2508 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 40 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 60 ปี ในปี พ.ศ. 2510 และเพิ่มขึ้นอีกเป็น 71 ปี ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2551 : 3-5) ได้สะท้อนประเด็นนี้ไว้ว่าเป็นผลมาจากการลดลงของอัตราการตายของประชากรวัยต่างๆ เนื่องจากประเทศไทยได้มีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การแพทย์ การสาธารณสุข และการสุขภาพสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวกำลังนำประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวไว้ว่าสังคมผู้สูงอายุ หมายถึงสังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในสังคมขณะเดียวกันนั้น (นภาพร ชโยวรรณ. 2542 : 5)

ในขณะที่มีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงานลดลง ก่อให้เกิดภาวะการพึ่งพาทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและด้านจิตใจ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆเช่นกัน จากประสบการณ์ในต่างประเทศที่คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี (2545 : 7-8) ได้สรุปไว้พบว่าการเปลี่ยนแปลงของภาวะประชากรสูงอายุเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศไทยทำให้โอกาสในการปรับตัวของประชากรและการเตรียมการเพื่อรองรับผลกระทบเป็นไปอย่างจำกัดและมีความยากลำบาก ส่งผลกระทบต่อรายได้ของประชากร การออม การลงทุน รวมถึงรายจ่ายของภาครัฐที่เพิ่มขึ้นในด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพ สาธารณสุขสวัสดิการผู้สูงอายุ รวมถึงการประกันสังคม ทั้งนี้พิมล แสงสว่าง (2550 : สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2552. จาก <http://www.dmh.go.th>) ได้กล่าวไว้ว่าปัญหาที่มักพบตามมากับวัยสูงอายุคือ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน ปัญหาการขาดผู้ดูแล ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ โรคปวดข้อ ปวดหลัง โรคเรื้อรัง และจากรายงานที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550 : สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2552. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-1-1.html) เมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 โรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 ในข้อมูลเดียวกันยังระบุว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 5 คนไม่สามารถออกจากบ้านได้ด้วยตนเอง จึงเป็นการสะท้อนสภาวะการพึ่งพาของสังคมได้เด่นชัดที่สุด

ในส่วนของปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน พบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกษียณจากการทำงาน และความสามารถในการทำงานลดลง ส่งผลให้รายได้ที่เคยได้รับจากการทำงานลดน้อยลงจากเดิม ไม่เว้นแม้แต่ผู้สูงอายุในภาคเกษตรกรที่อยู่ในชนบท ซึ่งส่วนใหญ่ประสบปัญหาความยากจนอยู่แล้ว ดังที่พิมล แสงสว่าง (2550 : สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2552. จาก <http://www.dmh.go.th>) และมัทนา พนานิรามัย (2550 : 3) ได้ศึกษาและสรุปภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2529 ว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท และผู้สูงอายุหญิงที่ไม่มีคู่ชีวิตอาศัยอยู่ด้วยแล้ว และพบว่าแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุส่วนมากจะมีแหล่งรายได้หลักจากบุตร รองลงไปคือ รายได้จากการทำงานของตนเอง หรือของกลุ่มสมรส สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีรายได้จากสินทรัพย์ หรือ เงินบำเหน็จ/บำนาญ มีไม่มากนัก แม้รายได้ของผู้สูงอายุค่อนข้างต่ำ แต่มีเพียงร้อยละ 29.0 เท่านั้นที่ตอบว่าไม่พอใจในรายได้ของตนเองในช่วงเวลาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น

สำหรับปัญหาในประเด็นการขาดผู้ดูแลนั้น สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2542 : 3) ได้ทำการศึกษาและพบว่าเกิดมาจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ และสังคม ทำให้วิถีชีวิตของผู้คนในสังคมเปลี่ยนไป คนหนุ่มสาว ที่เป็นวัยแรงงานต้องอพยพย้ายถิ่นฐานไปยังพื้นที่อื่นที่ไม่ใช่บ้านเกิดเพื่อแสวงหางานทำ โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายที่อาศัยอยู่ด้วยกันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา 3-4 ชั่วอายุคน กลายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นที่เป็นครอบครัวใหม่ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้งต้องอยู่กันตามลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในภาคใต้มีการสำรวจพบในรายงานฉบับเดียวกันนี้ว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพังมากถึงร้อยละ 4.0

ดังนั้นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่น่าเสนอมาข้างต้น ย่อมแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสภาพของสังคมที่มีปัญหาซับซ้อน เชื่อมโยงกันหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุรวมไปถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย จึงย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากรโดยตรงทั้งในส่วนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชากรวัยแรงงานที่ต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

1.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” นั้น เดิมจะใช้คำว่า “ชรา” ซึ่งปรากฏตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2538 : 347) ที่ได้ให้ความหมายของคำว่า “ชรา” ว่าหมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม สุริยชัย อยู่สาโก (2550 : 13) ได้สรุปไว้ว่าคำว่าชราไม่เป็นที่นิยมใช้กันมากนัก โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุและกลุ่มนักวิชาการ เพราะคำนี้ก่อให้เกิดความรู้สึกในด้านลบในการมองตัวเองของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่นเกิดความรู้สึกหดหู่ ถดถอย และสิ้นหวัง ดังนั้นในช่วงปี พ.ศ. 2512

ที่ประชุมคณะผู้อาวุโสโดยมี พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิ สิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้มีมติกำหนดให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ขบถองให้เกียรติ แก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิและประสบการณ์ สำหรับการให้นิยามของผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่ามีมติสมัชชาใหญ่โลก ที่ประชุมว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้ให้คำจำกัดความผู้สูงอายุ โดยให้หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (วาทีนิ บุญชะลิกษ์ และยุพิน วรสิริอมร. 2548 : 323) ส่วนสถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดช่วงวัยของผู้สูงอายุไว้ โดยผู้สูงอายุวัยต้นคือผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ถือว่าเป็นวัยที่ยังไม่ชรามาก สามารถทำงานได้ ถ้าสุขภาพกายสุขภาพจิตดี สำหรับผู้สูงอายุที่มีวัย 75 ปีขึ้นไป จึงจะถือว่าสูงอายุอย่างแท้จริง (นิรมล อินทฤทธิ์. 2547 : 8) แต่องค์การอนามัยโลกได้แบ่งกลุ่มสูงอายุไว้เป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือผู้สูงอายุระยะต้นอายุระหว่าง 60-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลางหรือชรา อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 75-89 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้ายมีช่วงอายุอายุ 90 ปีขึ้นไป (สุรัชย์ อยู่สาโก. 2550 : 14 อ้างอิงจาก WHO. 1989) ทั้งนี้ ศราวุธ ขงบุท (2546 : 8) ได้นำเสนอไว้ตามคำกล่าวของสุพัตรา สุภาพ ว่า คำจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุหรือวัยชราในแต่ละประเทศ หรือแต่ละสังคมแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุเฉลี่ยของการทำงานหรือสภาพร่างกาย สภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้นนิรมล อินทฤทธิ์ (2547 : 8) ได้สรุปไว้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยึดถือตามกฎหมายของประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเกษียณอายุราชการของข้าราชการและพระราชบัญญัติคนสูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งได้กำหนดคบทนิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ทั้งนี้เมื่อใช้ข้อสรุปของปีทมา สุริต (2551 : <http://nu.kku.ac.th> อ้างอิงจาก Hess. 2004) และสมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539 : 53-55 อ้างอิงจาก McPherson .1983) ที่ได้สรุปไว้ว่า ณ ปัจจุบันนี้ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายความสูงอายุของมนุษย์ได้อย่างครอบคลุม การอธิบายความสูงอายุจึงจำเป็นต้องใช้หลายๆ ทฤษฎีมารวมกัน ทั้งทฤษฎีเชิงชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมวิทยา จากความหมายผู้สูงอายุให้ความหมายไว้หลายๆแบบขึ้นอยู่กับสภาพของแต่ละพื้นที่ ในวิจัยฉบับนี้จึงขอสรุปและให้ความหมายผู้สูงอายุตามความหมายสำหรับคนไทย กล่าวคือจะหมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งจะได้อธิบายความตามที่ปีทมา สุริต (2551 : <http://nu.kku.ac.th> อ้างอิงจาก Hess. 2004) และ สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539 : 53-55 อ้างอิงจาก McPherson .1983) กล่าวไว้ดังนี้

ทฤษฎีเชิงชีวภาพ เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางชีวภาพที่เกิดขึ้นกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยจะเน้นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระดับโมเลกุล เซลล์

แนวคิดของทฤษฎี คือ ความเสื่อมทำให้การทำหน้าที่ของสิ่งมีชีวิตลดลงเมื่อการทำหน้าที่ของสิ่งมีชีวิตลดลงจะมีผลทำให้เกิดความล้มเหลวของอวัยวะ ระบบต่างๆ ทั้งร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความสูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และมากขึ้นเรื่อยๆ ตามกาลเวลา อวัยวะต่างๆจะมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่ไม่เท่ากันและอวัยวะชนิดเดียวกันในบุคคลที่แตกต่างกัน จะเปลี่ยนแปลง ในอัตราที่ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับ ยีน อนุมูลอิสระ และภูมิคุ้มกัน

ยีน ตามทฤษฎีพันธุกรรมกล่าวว่ายีนของสิ่งมีชีวิตจะมีอยู่ 2 ชนิด คือยีนที่ช่วยให้เกิดความแข็งแรงและสมบูรณ์ซึ่งจะทำงานในช่วงวัยเด็กเป็นส่วนใหญ่ และ ยีนที่ทำให้เกิดความเสื่อมของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย จะทำงานมากหลังจากผ่านวัยกลางคนไปแล้วเป็นสาเหตุทำให้เกิดความสูงอายุ นอกจากนี้ยังเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น รังสีเอ็กซ์เรย์ และสารเคมี มีผลต่อการถ่ายทอดข้อความในกระบวนการสังเคราะห์โปรตีนของดีเอ็นเอ (DNA) ทำให้โครโมโซมเกิดความผิดปกติ และเซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดกระบวนการ การผ่าเหล่าขึ้น อย่างช้าๆและสะสมมากขึ้นเรื่อยๆตามกาลเวลา ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเซลล์หรืออาจรวมถึงอวัยวะต่างๆ จะปรากฏชัดเจนเมื่อคนย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์สมองและเซลล์กล้ามเนื้อ จะถูกทำลายหรือตายเร็วขึ้น ส่วนเซลล์ที่สามารถแบ่งตัวได้ เช่น เซลล์เม็ดเลือดและเซลล์ผิวหนัง มีโอกาสเกิดการผ่าเหล่าในการแบ่งตัวครั้งต่อไป

อนุมูลอิสระ ทฤษฎีอนุมูลอิสระเชื่อว่าภายในร่างกายมนุษย์โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีอนุมูลอิสระอยู่มากมาย ซึ่งเป็นตัวการสำคัญ ทำให้เซลล์บาดเจ็บ ทำให้ร่างกายเสื่อมและแก่ชราลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองหากบุคคลมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ได้รับรังสีอัลตราไวโอเลต มีภาวะเครียด เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้จะทำให้อนุมูลอิสระเพิ่มมากขึ้น เซลล์เสื่อมโทรมเร็วขึ้น

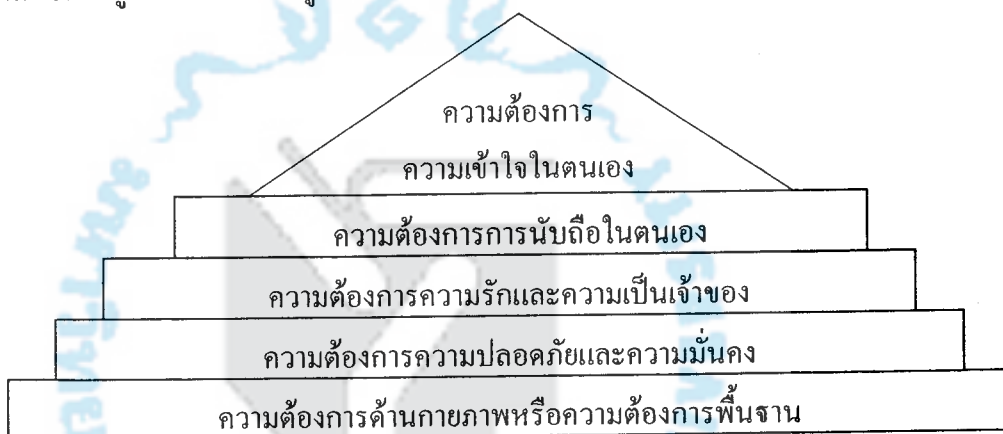
ภูมิคุ้มกัน ทฤษฎีภูมิคุ้มกันเชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติ น้อยลง พร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดีเจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกัน ชนิดทำลายตัวเองไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยไปทำลายเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว และ ไม่มีการแบ่งตัวใหม่เช่นเซลล์สมอง หัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

โดยสรุปทฤษฎีเชิงชีวภาพจะแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงการเสื่อมสภาพของเซลล์ซึ่งเกิดจากระยะเวลา การดูแลสุขภาพร่างกาย การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุจากที่ผ่านมา เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุควรทำความเข้าใจเรื่องนี้มาก่อน และ ปฏิบัติดูแลตัวเองเพื่อลดความเสื่อมของสภาพเซลล์ที่เกิดขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิตใจ

ทฤษฎีเชิงจิตวิทยา สุรพงษ์ ชูเดช (2546 : 5) กล่าวว่า ปัจจุบันมีการอธิบายความสูงอายุแตกต่างไปจากในอดีต โดยไม่ได้เน้นเฉพาะด้านจิตใจอย่างเดียว แต่พยายามเชื่อมโยงจิตเข้ากับกายและสังคม เนื่องจากการมองคนเป็นลักษณะองค์รวม และมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายและสังคมของผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุและเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกและพฤติกรรมเกิดจาก ความรู้ ความเข้าใจ และ สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในชีวิต ตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นวัยพัฒนาการระยะที่ 8 ซึ่งเป็นระยะที่ต้องยอมรับว่าเราได้ทำกิจกรรมต่างๆ ตามหน้าที่เสร็จสิ้นไปแล้ว ไม่ว่าจะสำเร็จหรือไม่สำเร็จก็ตาม แต่เมื่อไหร่ที่ผู้สูงอายุยังจมอยู่กับอดีตและถ้าพบว่าตนเองได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้วก็จะเกิดความพอใจมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคงก่อให้เกิดความมั่นคงทางใจ ในทางตรงกันข้าม หากพิจารณาแล้วรู้สึกว่าชีวิตของตนขมขื่น ทุกข์ร้อน และผิดหวังไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ดังนั้นในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุควรทำใจให้ยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวอย่างเข้าใจ รู้จักชีวิต และปล่อยวาง เพื่อให้เกิดความสุขสงบในชีวิตต่อไป เมื่อกล่าวโดยสรุปแล้วจะพบว่าทฤษฎีเชิงจิตวิทยาได้พยายามที่จะแสดงให้เห็นถึงความยอมรับและการรับรู้ต่อการกระทำของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุในแต่ละวัย มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาและสังคม เพค ผู้นำเสนอทฤษฎีมีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนเองกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับ 1) บทบาทหน้าที่การงาน ซึ่งในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้สูงอายุได้เกษียณอายุแล้ว บางคนจะมีความรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า แต่หากเขายังมีความรู้สึกที่ความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของตนไม่ได้มาจากหน้าที่การงาน ความรู้สึกมีคุณค่าก็ยังคงอยู่ต่อไปได้ 2) ความสามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ ประเด็นนี้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตจะพบกับความสุขได้ตามปกติ แต่หากผู้สูงอายุมีจนถึงแต่ความถดถอยของร่างกายซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดลง และ 3) การยอมรับสภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สีกักกลัว ขณะเดียวกันในทางตรงกันข้ามกับผู้ที่ไม่ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ก็จะยึดติดกับสภาพร่างกาย และในที่สุดก็จะไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ มีความหวาดกลัวกับความตาย ฉะนั้นความเข้าใจต่อตนเองในการเปลี่ยนแปลงทั้งบทบาทหน้าที่การงานและสภาพร่างกาย จนสามารถยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงนั้นได้มากน้อยอย่างไร เป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow's Theory) ในทฤษฎีนี้มาสโลว์เชื่อว่าพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นผลที่เกิดจากความต้องการของบุคคลเป็นแรงขับ ซึ่งความต้องการดังกล่าวนี้สามารถแบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยเริ่มจากขั้นแรกคือ 1) ความต้องการด้านกายภาพหรือความต้องการพื้นฐาน เช่น อากาศ น้ำ อาหาร การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การขับถ่าย ที่อยู่อาศัย และการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความต้องการความปลอดภัยและความมั่นคง 3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ 4) ความต้องการการนับถือในตนเอง และขั้นสุดท้ายคือ 5) ความต้องการความเข้าใจในตนเอง ความต้องการทั้งหมดนี้จะต้องได้รับการตอบสนองเรียงไปตามลำดับขั้น เช่นเมื่อบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการด้านกายภาพได้ก็จะเข้าสู่ความต้องการด้านความปลอดภัยและความมั่นคงต่อไป ซึ่งความต้องการสูงสุด คือ ความต้องการความเข้าใจในตนเอง อันได้แก่ การรับรู้ถึงความเป็นจริงในชีวิต การยอมรับในตนเองและผู้อื่น ความสามารถที่จะบอกได้ว่าตนเองต้องการอะไรหรือควรทำอะไร ความต้องการความเป็นส่วนตัว ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น บุคคลที่มีการพัฒนาด้านจิตใจที่ดี คือ บุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเพื่อก้าวสู่ความต้องการที่สูงขึ้นไป แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)

(ที่มา : Maslow's Hierarchy of Needs. 2009 : สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2552 จาก http://en.wikipedia.org/wiki/Maslow's_hierarchy_of_needs)

สรุปจากทฤษฎีทางจิตวิทยาแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีความเข้าใจในตนเองยอมรับตนเองตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามกาลเวลาเมื่อยอมรับและหาสิ่งที่ทดแทนส่วนที่เสียไปได้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขขึ้น

ทฤษฎีสังคมวิทยา สุรกุล เจนอบรม (2534 : 32-37 อ้างอิงจาก Robert Havighurst.1963 และ William Henry. 1961) ได้กล่าวถึงทฤษฎีสังคมวิทยาไว้โดยสรุป กล่าวคือ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่มาจากการศึกษาผู้สูงอายุชาวผิวขาวที่มีฐานะปานกลางและมีสุขภาพ

ดี โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เสมอๆ จะมีบุคลิกที่กระฉับกระเฉงและการมีกิจกรรมสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภารกิจหน้าที่ใดๆ ส่วนทฤษฎีภาวะถดถอย (Disengagement Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายในสิ่งที่ตรงข้ามกับทฤษฎีกิจกรรม ซึ่งกล่าวว่า เป็นเรื่องธรรมดาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะลดกิจกรรมและบทบาทของตนเองลงเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง และการที่ผู้สูงอายุไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมและบทบาททางสังคม เป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเองให้แก่หนุ่มสาวหรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า ทั้งนี้เพราะสังคมต้องการคนที่มีทักษะใหม่และคนรุ่นใหม่เข้าไปแทนที่ สำหรับในทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลแต่ละบุคคลจะได้รับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันไป ในแต่ละช่วงชีวิต เช่นบทบาทการเป็น พ่อแม่ สามีภรรยา ความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลจะถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ บุคคลจะมีความสุขและดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนต่อบทบาทหน้าที่ของตนได้เหมาะสมเพียงใด โดยที่อายุเป็นตัวประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการกำหนดบทบาทของตนเอง และในทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ซึ่งเชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขก็ต่อเมื่อได้ปฏิบัติตนเหมือนที่เคยทำมาก่อน ผู้สูงอายุจะพยายามหาบทบาททางสังคมใหม่เพื่อทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่สูญเสียไป

และเมื่อก้าวโดยสรุปจะพบว่าทฤษฎีสังคมวิทยานั้นเป็นทฤษฎีที่พยายามแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุถึงแม้จะมีบทบาทเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ แต่ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้โดยพยายามหาบทบาทใหม่ในสังคม เพื่อร่วมกิจกรรมในสังคม และผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำอยู่เสมออย่างต่อเนื่อง จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทำ

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่อธิบายจากทฤษฎีต่างๆ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เชื่อมโยงกันในทุกมิติ เป็นเหตุให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ ครอบครัว ดังชุดความรู้ที่ธัญญารัตน์ ดันติกฤติยา (2548 : 14) ได้นำเสนอไว้ ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนี้

ระบบผิวหนัง ในวัยสูงอายุเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงและเซลล์ที่เหลืออยู่จะเจริญเติบโตช้า รวมทั้งอัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึงร้อยละ 50 ประกอบกับการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง ผมและขนมีจำนวนลดลง อัตราการเจริญของผมและขนลดลงตามอายุ เมลานินซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมหดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่ายเนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง

ระบบประสาทและประสาทสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาทในผู้สูงอายุจะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ขนาดสมองลดลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไวต่อความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ จนบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ เพราะความสามารถในการเก็บข้อมูลลดลง แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าๆ ในอดีตได้ดี ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลง ต้องอาศัยเวลานานขึ้นและต้องเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจด้วยแต่ในด้านความคิดเห็นจะยังคงที่ การวิเคราะห์และการคำนวณในด้านต่างๆ เสื่อมลงแต่ยังสามารถทำงานที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วได้ดี และประสบผลสำเร็จได้ ความกระตือรือร้นลดลงด้วยสารสื่อสัญญาณประสาทในผู้สูงอายุมีระดับเปลี่ยนแปลง เกิดอาการซึมเศร้าได้มากขึ้น

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้สูงอายุจะมีจำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมันและคอลลาเจนเข้าแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลง มีการสะสมของสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) มากขึ้นระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ช้าลงอัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้างแคลเซียมมีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทั้งที่อาจเกิดจากการรักษาระดับแคลเซียมในเลือดให้คงที่เนื่องจากแคลเซียมถูกดูดซึมจากลำไส้ได้น้อยลง และมีการสูญเสียมากขึ้นทั้งทางลำไส้และทางไต เพราะขาดวิตามินดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูดซึมแคลเซียมที่ลำไส้และดูดกลับแคลเซียมที่ไต สำหรับในเพศหญิงสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของ Osteopath ลดลงหลังหมดประจำเดือน ทำให้แคลเซียมสลายจากกระดูก ด้วยเหตุนี้กระดูกจึงเปราะและหักง่าย ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลงกระดูกสันหลังยุบมากขึ้นทำให้หลังค่อม หรือหลังค่อมเอียงมากขึ้น บริเวณข้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่รูปร่างและส่วนประกอบข้อใหญ่ขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ บางลงและเสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน จึงได้ยินเสียงกรอบแกรบขณะเคลื่อนไหว เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อได้ง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีการเสื่อมได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการเปลี่ยนแปลงของระบบนี้คือการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ออกกำลังกายในสถานที่ที่มีแสงแดดอ่อนๆ อย่างสม่ำเสมอ บริหารบริเวณข้อเสมอๆ งดการดื่มสุราและสูบบุหรี่เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยง

ระบบการไหลเวียนเลือด ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย โดยจะหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจ

ไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ดังนั้นในภาวะที่จำเป็นต้องมีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น ภาวะเครียดต่างๆ อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มได้ไม่มากเหมือนในวัยหนุ่มสาว และอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้นด้วยเหตุใดก็ตามจะต้องอาศัยเวลานานมากขึ้นในการกลับคืนสู่สภาพปกติ จึงพบผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่หัวใจต้องทำงานมากขึ้นหรือในภาวะฉุกเฉิน หลอดเลือดเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การปฏิบัติตนตามการเปลี่ยนแปลงในระบบนี้คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงความเครียดต่างๆ งดอาหารประเภทที่มีไขมันสูง งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา พักผ่อนอย่างเพียงพอและมีการตรวจสุขภาพประจำปี

ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรง กำลัง การหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลังและกระดูกซี่โครงตามวัย จะทำให้ทรวงอกมีลักษณะผิดปกติ ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลงเพราะมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น รูปร่างของทรวงอกเปลี่ยนเป็นรูปถังมากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ กล้ามเนื้อหายใจทำงานลดลง จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวมีผลทำให้ ความจุปอดลดลง ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายลมลดลงถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่ายเนื่องจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ห่อหุ้มถุงลมลดลง และมีการเชื่อมติดกันตามขวางมากขึ้นจึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น สำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขน ตลอดทางเดินหายใจลดลง ประสิทธิภาพการไอลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี จึงเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายการทำงานของ ลิ้นปี่หลอดลม ลดลงเกิดการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้ง่ายขึ้น การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุสำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านระบบทางเดินหายใจนี้คือ การรับประทานอาหารเช้า เพื่อป้องกันการสำลัก การหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ที่มีมลภาวะ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก งดการสูบบุหรี่ การไอขับเสมหะถูกวิธี

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมตามกระบวนการชราภาพ เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมที่แตกต่างกันไป ผู้สูงอายุมักจะสูญเสียบทบาททางสังคมที่เกิดขึ้นในอดีต และ ส่งผลถึงบทบาททางสังคมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เช่นการเกษียณอายุ สูญเสียอำนาจ รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ คิดว่าตนเองเป็นภาระของสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจ เสียใจ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อลูกๆ โตขึ้นเป็นหนุ่มสาวจะแต่งงานแยก

ครอบครัวออกไปหรือไปประกอบอาชีพในต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่ง โดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนั้นการตายจากไปของกลุ่มครอง จะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงา ค่อนข้างรุนแรง รวมทั้งอาจทำให้ขาดรายได้ในผู้หญิงหรือขาดคนปรนนิบัติ ในผู้ชายและขาดการตอบสนองทางเพศ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือสละบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกของครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของลูกหลาน ซึ่งอาจเกิดปัญหาการไม่ให้เกียรติกันขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้นลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุมีประโยชน์เพียงเป็นคนเฝ้าบ้านช่วยดูแลลูกหลาน การเคารพนับถือและการกตัญญูรู้คุณมีน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคมเปลี่ยนแปลง ยึดถือด้านวัตถุนิยม คือ เศรษฐกิจเป็นสำคัญ วัตถุนิยมของคนโดยอาศัยความสามารถในการทำงานหาเงิน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวเองออกจากสังคม กลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อย และ อาจมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อย คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจมากขึ้นขึ้นกับสาเหตุการเกิด สิ่งแวดล้อม และ ภาวะวิกฤตซึ่งแต่ละคนกำลังเผชิญอยู่ ความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีของตนเอง ปรัชญาในการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ความหวัง และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในสังคม ในรายที่มีแรงกดดันมากๆ และ ไม่สามารถปรับตัวได้ บุคลิกภาพจะเสียมากขึ้น กลายเป็นภาระต่อสังคม ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตอาจทำลายตัวเอง และผู้อื่นได้

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ปัจจุบันวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงไปทางวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นที่คงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้และความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง แต่ยังสามารถจำเรื่องราวเก่าซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจได้ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคน

ถ้าสมัย จูจี้ขึ้น ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัว
เองและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าครอบครัวและสังคม
ชุมชนมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และทำให้ผู้สูงอายุรับรู้
คุณค่าแห่งตนเอง

1.3 นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

การกำหนดนโยบายเพื่อเป็นเครื่องชี้ทิศทางของการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาประเทศ
หรือการตรากฎหมายใดๆ ขึ้นมาเพื่อบังคับใช้ในสังคม ย่อมมีที่มาจากผลสะท้อนเพื่อตอบสนองต่อ
ความจำเป็นของสังคมที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย ดังที่รัฐธรรมนูญฉบับแรกๆ ของ
ประเทศไทยไม่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับบทบัญญัติผู้สูงอายุไว้แต่อย่างใด ย่อมแสดงให้เห็นว่าประเด็น
ของผู้สูงอายุในยุคสมัยนั้นยังไม่เป็นประเด็นที่เป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนแต่
อย่างใด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ของผู้สูงอายุในช่วงเวลาเดียวกันนั้น นอกจากความจำเป็น
ของสังคมภายในประเทศแล้ว ก็จะมีอิทธิพลจากแนวโน้มนโยบายขององค์กรระหว่างประเทศที่
ประเทศไทยได้ให้พันธะสัญญาต่อกัน ซึ่งจะมีส่วนผลักดันให้เกิดนโยบายหรือกฎหมายที่ใช้ใน
ประเทศ ดังเช่นกรณีหลังจากการประชุมสมัชชาโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ ที่
กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อปี พ.ศ. 2525 ซึ่งในการประชุมคราวนั้นประเทศไทยได้ส่งผู้แทน
เข้าในระดับรัฐบาลเข้าร่วมประชุมด้วย และเมื่อผู้แทนเดินทางกลับมาแล้วก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการ
คนสูงอายุขึ้น เพื่อผลักดันให้มีการบรรจุ เรื่องการให้การสงเคราะห์หรือช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้ใน
รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จนสามารถบรรจุไว้ได้สำเร็จเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ใน
ฉบับพุทธศักราช 2534

1.3.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 ได้บัญญัติเกี่ยวกับ
ผู้สูงอายุไว้ ภายใต้หมวด 5 ว่าด้วยแนวโน้มนโยบายแห่งรัฐ ดังนี้ “มาตรา 81 รัฐพึงช่วยเหลือและ
สงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีสุขภาพ กำลังใจและความหวังในชีวิตเพื่อสามารถดำรงตนอยู่ได้
ตามสมควร” และไม่มีบทบัญญัติใดกล่าวถึงผู้สูงอายุแยกต่างหากจากคนพิการ แม้จะมีการแก้ไข
เพิ่มเติมหลายครั้ง แต่ข้อความการช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุยังคงอยู่เช่นเดิม โดยเลขมาตรา
เลื่อนจากมาตรา 81 เป็นมาตรา 89 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับที่ 5) พุทธศักราช
2538 แสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลานั้นสังคมมองผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือและ
สงเคราะห์ ไม่แตกต่างจากมุมมองต่อคนพิการ

1.3.2 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ในมาตรา 54 บัญญัติว่า

“บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” นับเป็นบทบัญญัติแรกของกฎหมายไทยที่กล่าวถึงผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะแยกต่างหากจากคนพิการ และในมาตรา 80 บัญญัติว่า “รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้” จะเห็นว่ามุมมองของสังคมเริ่มเปลี่ยนไปโดยไม่ได้มองว่าผู้สูงอายุต้องเป็นผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ และช่วยเหลือ เท่านั้นแต่ยังกำหนดให้เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการพัฒนาในการพึ่งพาตนเอง

1.3.3 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 มีข้อความและบัญญัติไม่ต่างไปจาก รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 แต่มีบทบัญญัติเพิ่มเติมในเรื่องของ สิทธิ และการออม โดยมาตรา 84 บัญญัติไว้ว่า “รัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชรา แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง” ดังนั้นการออมจึงนับเป็นนโยบายใหม่ที่ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญเพื่อการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น และเพื่อให้เป็นไปตามมาตรา 80 ที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งพาตนเองได้

1.3.4 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ในหมวด 2 การกำหนดอำนาจ และหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ มาตรา 16-22 จากทั้งหมด 37 มาตรา โดยมาตรา 16 ระบุให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจ และหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง 31 ข้อ และข้อที่ 10 ได้กล่าวว่าการสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ถือว่าเป็นหน้าที่ของท้องถิ่นนั้นๆ

1.3.5 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “กผส.” โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ และมีผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งจะรับผิดชอบและประสานงานเกี่ยวกับรายละเอียดและกฎหมายรองรับของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุโดยตรง มีมาตรา 11 บัญญัติว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวก และรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

(2) การศึกษา การศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

- (3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
- (4) การพัฒนาตนเอง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
- (5) การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น
- (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
- (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
- (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการทำทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- (9) การให้คำแนะนำปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในการแก้ไขปัญหาคอขวด
- (10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
- (11) การสงเคราะห์ “เบี้ยยังชีพ” ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงเป็นธรรม
- (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
- (13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ซึ่งในการดำเนินการตามที่บัญญัติไว้ดังกล่าวข้างต้น จำเป็นจะต้องให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงหรือทบวงในราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ เป็นผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการ ซึ่งในปัจจุบันนี้ได้มีการออกกฎกระทรวงและระเบียบกระทรวง ของกระทรวงต่างๆ ที่ต้องประกาศใช้รวม 15 กระทรวง โดยมีประกาศของกระทรวงมหาดไทย เป็นกระทรวงสุดท้ายที่ประกาศใช้ เมื่อต้นเดือนพฤศจิกายน 2548 สำหรับหน่วยงานราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น และรัฐวิสาหกิจ ยังคงรอดำเนินการอยู่ การประชาสัมพันธ์ที่แพร่หลายไปสู่ผู้สูงอายุ และประชาชนมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการโดยรวดเร็ว ซึ่งขณะนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อยู่ระหว่างการทดลองปฏิบัติโดยวิธีสุ่มตัวอย่างอยู่ในจังหวัดนครนายก และ จังหวัดพัทลุง ทั้งนี้คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติมีความห่วงใยในเรื่องนี้เป็นอย่างมาก และมีความประสงค์จะเร่งรัดการดำเนินให้มีการออกกฎกระทรวงต่างๆ และให้มีผลบังคับใช้ได้โดยรวดเร็ว

1.3.6 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย โดยปีพุทธศักราช 2542 เป็นวโรกาสสมัยที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ รัฐบาล องค์การเอกชน ประชาชน และ

สถาบัน ต่างๆ ได้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุซึ่งได้ทำประโยชน์ในฐานะ "ผู้ให้" แก่สังคมมาโดยตลอด ดังนั้นจึงควรได้รับผลในฐานะเป็น "ผู้รับ" จากสังคมด้วยปัญญาผู้สูงอายุ ไทย เป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ จึงได้ กำหนด สาระสำคัญไว้ดังนี้ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2552, จาก [http:// www.oppo.opp.go.th/info/laws_pledge.htm](http://www.oppo.opp.go.th/info/laws_pledge.htm))

- (1) ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ
- (2) ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพรัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกัน อย่างมีความสุข
- (3) ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และ พัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและ บริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถ ปรับบทบาทของตนให้สมวัย
- (4) ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคมมีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า
- (5) ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการด้าน สุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้ง ได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามศรัทธา
- (6) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคมเป็นแหล่งภูมิปัญญาของคน รุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน
- (7) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ ผลตามเป้าหมาย
- (8) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

(9) รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทย ที่เน้นความกตัญญูทดแทนและเอื้ออาทรต่อกัน

1.3.7 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-7 (2504-2539) ที่ผ่านมา เป็นการวางกรอบแนวทางการพัฒนาโดยการเน้นการรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลาง การแก้ไขปัญหาและการพัฒนาประเทศทุกเรื่องจะถูกกำหนดไปจากส่วนกลาง เพื่อแปลงสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน/ท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดวางแผนงาน กิจกรรม และงบประมาณจัดสรรไปจากส่วนกลางทั้งหมด แม้ในระยะหลังๆ จะมีการจัดทำคำเสนอขอไปจากชุมชน/พื้นที่ แต่การตัดสินใจขั้นสุดท้ายก็ยังเป็นส่วนกลาง ลักษณะการบริหารรูปแบบนี้จึงเป็นแบบการสั่งการราชการเพื่อการพัฒนาประเทศจากจากบนลงล่าง โดยในช่วงเวลาดังกล่าวมีผลต่อการพัฒนาประเทศไปในทิศทางการบรรลุเป้าหมายด้านความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ การขยายตัวทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง เฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี รายได้ต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นจาก 2,100 บาท ในปี พ.ศ. 2504 เป็น 68,000 บาท ในปี พ.ศ. 2538 แต่ผลพวงดังกล่าวก็เกิดการพัฒนาแบบกระจุกตัวในภาคมหานครและปริมณฑล ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ตรงกับความต้องการและสภาพปัญหาของชุมชนและท้องถิ่นที่เป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ และได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนไทยในชนบทในภาพรวม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่มีคุณภาพชีวิตต่ำอยู่แล้ว ก็ไม่ได้รับผลด้านบวกมากนัก และกลับเลวร้ายลงไปกว่าเดิมที่ต้องได้รับผลกระทบด้านลบของการพัฒนาเศรษฐกิจในทุกมิติ ยังทำให้เกิดช่องว่างของคนเมืองและคนชนบทอย่างเด่นชัด ผลการพัฒนาในช่วงเวลาดังกล่าวได้ข้อสรุปว่าแม้เศรษฐกิจขยายตัวดี แต่การพัฒนาคน สังคม และการฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมยังเป็นไปได้ช้า ส่งผลให้การพัฒนาไม่สมดุลและไม่ยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2550 : สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2552, จาก <http://www.nesdb.go.th/>)

ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ถือว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการวางแผนการพัฒนาของประเทศไทย โดยมีการปฏิรูปความคิดและคุณค่าใหม่ของสังคมไทย และประสบความสำเร็จเชิงกระบวนการของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ที่เน้น “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และใช้เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาคนให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีพร้อมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาแบบแยกส่วนมาเป็นบูรณาการ เน้นความเป็นองค์รวมของการพัฒนามากขึ้น ยุทธศาสตร์ใหม่ที่ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 มีสองประการ คือ 1) ความพยายามที่จะเสริมสร้าง

ความสัมพันธ์อันดีระหว่างรัฐกับประชาชนให้เกิดขึ้นมากที่สุด โดยการใช้ระบบความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม รวมทั้งการที่จะให้มีหลักประกันด้านสิทธิเสรีภาพ ความเสมอภาค และการแก้ไขความขัดแย้งในสังคมด้วยสันติวิธี และ 2) ความพยายามที่จะปรับระบบการบริหารจัดการเพื่อให้มีการแปลงแผนไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการปรับกระบวนการและกลไกในการบริหารจัดการงบประมาณและบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ มีความคล่องตัวและสัมพันธ์สอดคล้องกัน โดยยึดหลักการประสานงานภายใต้ระบบการจัดการพื้นที่กับการกิจของหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดแผนงาน โครงการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลโดยการจัดทำเครื่องชี้วัดความสำเร็จของแผนในหลายมิติและหลายระดับ รวมทั้งจัดให้มีระบบการติดตามประเมินผลเป็นประจำทุกปี โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการติดตามผลการพัฒนาอย่างกว้างขวาง มีการสนับสนุนให้ริเริ่มจัดทำแผนชุมชนเพื่อการพัฒนาชีวิตและการพัฒนาท้องถิ่น โดยมีกระบวนการการจัดทำแผนงานอย่างมีระบบ มีการศึกษาข้อมูลชุมชน ท้องถิ่น เพื่อทำให้เกิดการค้นพบตัวเองทั้งด้านที่เป็นศักยภาพและด้านที่เป็นจุดอ่อนเพื่อวางแผนงานและทิศทางการพัฒนาดตนเอง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ทำให้ทุกคนในชุมชนได้มองเห็นตนเอง โดยผ่านการเก็บข้อมูลมารวบรวมกันวิเคราะห์ ทำให้สามารถเห็นสภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของท้องถิ่นได้อย่างชัดเจน และร่วมกันกำหนดแนวทางโดยการสร้างเป็นแผนชุมชน หลังจากนั้นจึงเกิดความร่วมมือกันทำกิจกรรมแบบ ร่วมคิดร่วมทำร่วมตัดสินใจโดยชุมชน เพื่อชุมชน มีส่วนราชการ ส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ เป็นผู้หนุนเสริมและสนับสนุน เกิดความเข้มแข็งของชุมชน และได้จัดให้มีการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ครอบครัวเห็นความสำคัญ ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ สนับสนุนองค์กรภาคเอกชนและชุมชนเข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุส่งเสริมให้มีองค์กรหลักทำหน้าที่รับผิดชอบด้านผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2552, จาก <http://www.nesdb.go.th/>)

ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) และช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) โดยเริ่มจากช่วงแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ทั้งร่างกาย จิตใจ ให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมครอบครัว ชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาคความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ และต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ที่ทิศทางของการพัฒนายังมุ่งเน้นสู่ความเป็นสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยมีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ซึ่งมีความต่อเนื่องมาจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และ 9 ที่เดิมเคยมุ่งเน้นการพัฒนาคนให้มีสุขภาพะดี จิตใจ อารมณ์กาย สติปัญญา บูรณาการเชื่อมโยงทุกมิติ โดยใช้

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พึ่งพาตนเอง สร้างภูมิคุ้มกัน สร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง เตรียมรับสังคมผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติปัจจุบันได้เน้นในการพัฒนาคน ให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และมองคนทุกคนเป็นองค์รวมประกอบกันหลายมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งเสริมการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยให้ชุมชนเป็นเจ้าของปัญหา ประสานงาน ร่วมกันคิด ร่วมกันแก้ปัญหาในชุมชนทั้งส่วนราชการ ท้องถิ่น และองค์กรภาคเอกชน สร้างครอบครัวที่อบอุ่น เป็นชุมชนที่เข้มแข็ง และเตรียมรับสังคมผู้สูงอายุ ต่อไป

1.3.8 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดหลักการเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ ไว้เมื่อปี พ.ศ. 2540 ซึ่งต่อมาประเทศไทยได้ลงนามรับรองและเกิดเป็นพันธะสัญญารองรับแล้ว ในการประชุมระหว่างประเทศที่ประเทศออสเตรีย และในการประชุมที่กรุงแมดริด ประเทศสเปน เมื่อปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุที่ประเทศไทยรับที่จะจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545-2546) โดยมีข้อสังเกตในที่ประชุมที่เป็นประเด็นสำคัญ มีผลกระทบต่อระบบสวัสดิการของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากทั้งในประเทศเยอรมัน สหราชอาณาจักร และเนเธอร์แลนด์ เนื่องจากสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนไป และแนวโน้มของ ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มนุษย์อายุยืนมากขึ้นเรื่อยๆ นำไปสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุส่วนคนในวัยทำงานจะลดน้อยลง อันจะเป็นผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวมได้ สหประชาชาติมุ่งเน้นให้ครอบคลุมการพัฒนาผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมี คุณภาพชีวิต มีคุณค่าของตนเอง มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่งเสริมประชากร มุ่งสร้างชีวิตในแต่ละวัยบนพื้นฐานของการรักษาสุขภาพอนามัยที่ดี เพื่อลดอัตราเจ็บป่วยและพิการในผู้สูงอายุ สร้างสังคมให้คนทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ มีความเอื้ออาทร ห่วงใยกัน การมีอิสระในการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสิทธิด้านสังคมและสิทธิด้านบริการ สิทธิในด้านการอุปการะเลี้ยงดู โดยเฉพาะสิทธิในด้านสุขภาพอนามัย ความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สิทธิในการบรรลุความต้องการ โดยเฉพาะด้านข่าวสาร การศึกษา และอาชีพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

นับถึงปัจจุบันประเทศไทยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ มาแล้ว 1 ฉบับ และที่กำลังใช้อยู่เป็นฉบับที่ 2 โดยในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2514 – 2544) แต่เดิมเป็นการมองผู้สูงอายุด้วยมุมมองที่ว่าผู้สูงอายุนั้นเป็นบุคคลที่ท้อแท้ ประโยชน์ต่อสังคม และสมควรได้รับการตอบแทน ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงและขยายมุมมองเพิ่มเติมมากขึ้นในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม และควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้นานที่สุด แต่เมื่อตกอยู่ในสถานะที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัว และชุมชนต้องเป็นด่านแรกในการช่วยเหลือ โดยมีสวัสดิการของรัฐเป็นระบบเสริมเพื่อให้เกิดหลักประกันในผู้สูงอายุ การจำแนกมาตรการในฉบับที่ 1 แยกส่วนตามสาขาต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพอนามัย ด้านความมั่นคงทางรายได้

และการพึงพิง ด้านการศึกษาสังคม และวัฒนธรรม ด้านสวัสดิการ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 จัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่มีลักษณะของการบูรณาการเสียใหม่ และได้แบ่งหมวดหมู่ออกตาม เป้าหมายยุทธศาสตร์เป็นหลัก กล่าวคือ 1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อ วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ 2) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทาง สังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุ ระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ 5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มี

คุณภาพ

1. มาตรการ หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
 - 1.1 ขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป
 - 1.2 ส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยทำงาน
 - 1.3 ลดหย่อนภาษีเพื่อส่งเสริมการออมสำหรับวัยสูงอายุ
2. มาตรการการให้การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต
 - 2.1 ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยตั้งแต่วัยเด็ก ให้มีหลักสูตรวิชาการดูแลสุขภาพ

และพฤติกรรมอนามัย

2.2 ส่งเสริมและจัดบริการการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ การศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อความเข้าใจชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย เพื่อ การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม

2.3 รมรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมการเข้าสู่การเป็น ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

2.4 เตรียมการสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้มีความรู้ที่ถูกต้องในทุกๆ เรื่อง ที่จำเป็น (Pre- retirement Program)

3. มาตรการ การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของ ผู้สูงอายุ

3.1 ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ ครอบครัวผู้สูงอายุและชุมชน

3.2 จัดให้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และ การศึกษาอัธยาศัย โดยเริ่มตั้งแต่ระดับอนุบาล

3.3 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ กับคนทุกวัย โดย
ดำเนินการเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา

3.4 รมรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของ
ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ

1. มาตรการ ส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเอง
เบื้องต้น

1.1 จัดบริการการอบรมในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

1.2 จัดบริการให้คำปรึกษาทั่วไปในสถานบริการทางสุขภาพของรัฐและ

เอกชน

1.3 ดำเนินการให้มีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและ

ต่อเนื่อง

2. มาตรการ ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

2.1 ส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย

2.2 สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

3. มาตรการ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

3.1 ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลาทั้งในระบบและนอกระบบ

3.2 ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถ

3.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มของชุมชน เพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้

4. มาตรการ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

4.1 ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม

4.2 ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญา ของผู้สูงอายุและให้มี

ส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมด้านต่าง ๆ

5. มาตรการ ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และ
สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

5.1 ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ

5.2 ส่งเสริมการผลิตและการเข้าถึงสื่อและข่าวสารที่มีประสิทธิภาพสำหรับ

ผู้สูงอายุ

5.3 ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่าง

ต่อเนื่อง

6. มาตรการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

6.1 กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับสถานสงเคราะห์คนชราและหน่วยงานที่ให้บริการด้านที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุไม่ว่าของรัฐหรือเอกชนและหน่วยงานของเอกชนที่ให้บริการด้านนี้ต้องได้รับอนุญาตจัดตั้งและจดทะเบียนกับทางราชการ

6.2 สนับสนุนให้องค์กรทั้งภาครัฐ ชุมชน และเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ และจัดบริการด้านที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

6.3 กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อที่อยู่อาศัย การปรับปรุงเพื่อที่อยู่อาศัย และระบบสาธารณูปโภค สำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

1. มาตรการ คุ้มครองด้านรายได้ จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจน และไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอและส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

2. มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุทุกคน

3. มาตรการ ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครองโดยการ ลดหย่อนภาษีรายได้ให้แก่บุตรซึ่งเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีและไม่มีเงินได้รวมทั้งไม่ได้รับผลประโยชน์อื่นใดมาก่อน แรงจูงใจให้มีกฎหมายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ และ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยรณรงค์ให้เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

4. มาตรการ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม และบุคคล

4.1.1 ลดราคาโดยสารระบบขนส่งสาธารณะและระบบขนส่งมวลชนแก่ผู้สูงอายุ

4.1.2 ปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะให้สะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

4.1.3 จัดทำมาตรฐานสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา

4.1.4 จัดสิ่งอำนวยความสะดวกในสถานที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดิน อาคาร ห้องสุขา

4.1.5 จัดทำมาตรฐานสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับการออกกำลังกาย และพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.6 จัดให้มีสวนสาธารณะและสนามกีฬาสำหรับออกกำลังกาย และพักผ่อนที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ

4.2 จัดตั้งพัฒนาบริการทางสุขภาพ และทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดโดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคมเช่น ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ (Multipurpose Senior Center) ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day Care Center) บริการเยี่ยมบ้าน (Home Visit) บริการดูแลที่บ้าน (Home Care) บริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล ส่งเสริมการจัดตั้งระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน สนับสนุนระบบอาสาสมัคร สนับสนุนและส่งเสริมความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครผู้ดูแล

4.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณะประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุโดยกระบวนการประชาคมโดย ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแผนงบประมาณในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการพัฒนาจิตใจและดูแลจัด สวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ

4.4 เกื้อหนุนให้เอกชนจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กับผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการให้เป็นธรรมร่วมด้วย

4.5 จัดบริการแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย ฯลฯ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพ

4.6 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุและสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุที่เพียงพอแก่การให้บริการและสามารถรองรับปัญหาให้ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการ พัฒนาศูนย์กลางด้านผู้สูงอายุ

1. มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ ส่งเสริมให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ มีศักยภาพในการดำเนินการให้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติได้รับการนำไปปฏิบัติ และเป็นสื่อกลางในการประสานงานกิจการและการดำเนินการ ทั้งระหว่างองค์กรต่าง ๆ ภายในประเทศและต่างประเทศ โดย คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ) ดำเนินการให้มีการพัฒนาและปรับปรุงแผนผู้สูงอายุ

แห่งชาติฉบับที่ 2 ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เป็นระยะอย่างต่อเนื่องและจัดให้มีเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุขึ้น ในระดับตำบลและ หมู่บ้านเชื่อมโยงกับคณะกรรมการระดับชาติ

2. มาตรการ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ทั้งในระดับวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ดูแลทั่วไป อย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องกำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม และเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

1. มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนิน การที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

2. มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการ และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

3. มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

4. มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

สรุปจากกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติ กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ.2542 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2546 ปฏิญญา ผู้สูงอายุไทย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของสังคมผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในสภาพปัจจุบันและมองว่าปัญหานี้เป็นปัญหาที่ต้องร่วมมือกันทุกภาคส่วนที่สำคัญคือองค์กรต่างๆ ในชุมชนต้องประสานร่วมมือกันอย่างเป็นองค์รวม โดยการมองผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และเน้นให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมในชุมชน ใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูจากชุมชน โดยมีส่วนราชการช่วยเหลือเกื้อหนุน

2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นคำที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายนับแต่ช่วงปี พ.ศ. 2510 (คุชฎี อาวุธวุฒน์. 2548 : 41) โดยเฉพาะการนำมาใช้เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศที่ได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อเป็นเครื่องชี้ทิศทางของการพัฒนาบุคคลหรือสังคม ให้บรรลุถึงลักษณะที่ดีตามอุดมการณ์ที่ได้กำหนดไว้ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2538 : 253) ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” ว่าประกอบไปด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วน “ชีวิต” หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล การให้ความหมายตามนี้สอดคล้องกับความหมายของ ลิว (Liu.1975 : 1-13) ที่ได้ให้ความเห็นไว้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นชื่อใหม่ ในความคิดเดิม คือ อยู่ดี กินดี มีสุข และในความเห็นของลิวนี้ได้ตรงกับคำอวยพรที่ใหญ่ที่สุดในสังคมไทยมักจะให้กับลูกหลานคือ “ขอให้มีความสุขที่มีชีวิตที่ดี มีความสุขสมบูรณ์ กินดีอยู่ดี” คุณภาพชีวิตจึงเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมาก เพราะเป็นเรื่องของความพึงพอใจที่ได้จากการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในสังคม ทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค และเป็นความสามารถของสังคมที่จะตอบสนองความต้องการแก่บุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Sharma.1975 : 109) รวมถึงความสามารถในการสร้างสรรค์ ความมีศักดิ์ศรี การได้รับการยอมรับ ความรู้สึกว่าเป็นที่รักของคนอื่น การปราศจากความกลัว และความกังวล แต่สำหรับแนวคิดของพ่อคำเดื่อง ภาษี ซึ่งเป็นปราชญ์ชาวบ้านในภาคอีสานให้ความหมายของคุณภาพชีวิต โดยเริ่มจากการมีความสุขที่ดีว่า “สุขภาพที่ดีคือ ทุกคนต้องมีความสุขความอบอุ่น และมั่นใจ อยู่กับธรรมชาติ และพึ่งพาตนเอง (อภิสิทธิ์ ธำรงวรานุรักษ์และทานทิพย์ ธำรงวรานุรักษ์, 2544 : 89-95) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้คนในท้องถิ่นเกิดความเข้มแข็ง จะต้องอยู่อย่างพอดี กินอย่างพอดี เป็นชุมชนพึ่งตนเอง และเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตคือเรื่องของความมั่นคงในทุกมิติ(พินิจฐา พานิชชาชีวะกุล และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2542 : 12 อ้างอิงจาก อุทัย คลยเกษม. 2540)

จากข้อความดังกล่าวพบว่า คุณภาพชีวิตเน้นความสุขของชีวิตแบบองค์รวมเชื่อมโยงทั้งสุขภาพกาย ใจ ครอบครัวยุค และสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญเน้นความสามารถในการพึ่งตนเอง ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ทั้งนี้มิติของคุณภาพชีวิต มีทั้งมิติด้านสุขภาพ การไม่มีโรคและความแข็งแรงที่สามารถทำงานได้ การมีชีวิตครอบครัวสังคมที่อบอุ่น อยู่กันพร้อมหน้า มีความมั่นคง และพึ่งตนเองได้ ในด้านมิติทางเศรษฐกิจและการทำงานเป็นด้านที่มีความสำคัญโดยเน้นภาวะของการไม่มีหนี้ การมีเงินทองใช้จ่าย รวมทั้งการมีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตทั้งการมีอาหารพอเพียง การมีบ้านเป็นของตนเอง มีข้าวกินตลอด ดังนั้นมาตรวัดคุณภาพชีวิตจากฐานคิดข้างต้น จึงครอบคลุมสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ที่มองความสัมพันธ์ของการดำรงชีวิตทั้ง

ระดับบุคคลครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับองค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980 : 89) ได้สรุปความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า “ชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง ชีวิตที่ไม่เป็นภาระ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับสังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย และ จิตใจ สามารถที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยม ของสังคม สามารถแก้ไขปัญหที่สลับซับซ้อนได้ และสามารถคาดคะเนเหตุการณ์ข้างหน้าได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีการอันชอบธรรม เพื่อให้ได้มาสิ่งที่ตนพึงประสงค์ ภายใต้อำนาจและทรัพยากรที่มีอยู่”

จากการศึกษาเอกสารคำจำกัดความของคำว่าคุณภาพชีวิตของนักวิชาการทั้งในประเทศ อาทิ พนิษฐา พานิชชะกุล (2537 : 12) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความพอใจในสิ่งที่มีอยู่เป็นอยู่ในทุกๆด้าน กุลวี วิวัฒน์ชีวิน และคณะ (2542 : 22) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ และศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิต สุริพรย์ กฤษเจริญ และกอบแก้ว สุวรรณ (2543 : 23) นิยามว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้การดำเนินการในชีวิตทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคต รวมถึงพหุองค์ หมายผลคุณกิจ และอรรถสิทธิ์ ตรีตระกูล (2544 : 23) สรุปนิยามของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในชีวิต ความเป็นไปได้ตามความต้องการ และ ภาพรวมของประสบการณ์ชีวิต และนักวิชาการต่างประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศ อาทิ วรณศิริ ปรานีธรรม (2546 : 22) อ้างอิงจาก Zhan. 1992) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคล รวมถึง สโตรมเบิร์ก (Stromborg. 1984 : 46-50) มีเบอร์ก (Meeberg.1983) ออเร็ม (Orem. 1985) และ องค์การยูเนสโก (UNESCO.1980 : 89)

สรุปความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุข ตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบๆตัวเอง และได้แบ่งระดับการศึกษาคุณภาพชีวิตเป็น 4 ระดับด้วยกันตามที่ ดุษฎี อาวุธวัฒน์ (2548 : 46) ได้กล่าวไว้ ดังนี้

1. ระดับบุคคล ซึ่งมีการศึกษาในหลายกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเฉพาะโรค แรงงาน ฯ เช่นการศึกษาถึงดัชนีความสุข (Happiness Indicators) ของคนในชุมชน
2. ระดับครอบครัวหรือครัวเรือน การศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดครอบครัวผาสุกของครอบครัวประเภทต่างๆ
3. ระดับชุมชน เช่นการพัฒนาดัชนีความกินดีอยู่ดีระดับชุมชน (Community-level Well-being Indicators)
4. ระดับจังหวัด ใช้การวิเคราะห์ผ่านตัวชี้วัดคือ จปฐ. ทำให้สามารถสรุปได้ว่ามีจังหวัดใดที่ผ่าน หรือไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มาตราวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาจากกรอบของหน่วยงานหลัก

เช่น แนวคิดของสหประชาชาติเรื่องความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (Basic Minimum Needs) เป็นพื้นฐานของมาตรวัดคุณภาพชีวิต ที่รู้จักกันแพร่หลายคือ “เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ)” ที่คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช) ใช้ในการรณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในปี พ.ศ. 2528 เป็นมาตรวัดระดับกลาง เป็นการประเมินภาพคุณภาพชีวิตระดับครัวเรือน อำเภอ และจังหวัด ซึ่งปัจจุบันประกอบด้วย 9 หมวด 42 ตัวชี้วัด และต่อมารกรมประชาสงเคราะห์ (2538) ได้พัฒนาต่อจนเป็นข้อบ่งชี้เพื่อประเมินภาพคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการวัดประเมินคุณภาพชีวิตระดับบุคคลเป็นรายบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุ และจะวิเคราะห์พร้อมทั้งนำเสนอข้อมูลออกมาในภาพรวมของระดับชุมชนในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

2.1 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตตามที่ได้สรุปไว้ดังกล่าวข้างต้น เมื่อต้องให้นิยามที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในส่วนที่ 1 ของการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องจะสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมายถึง การรับรู้ และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุข ตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบๆตัวเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ เศรษฐกิจ หรือ สามารถจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ในขณะที่ปกติเรามักจะนึกถึงผู้สูงอายุในด้านการเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมถอย ทางร่างกาย เต็มไปด้วยความอ่อนแอสุขภาพไม่ดี มีความเจ็บป่วย และต้องพึ่งพิงผู้อื่น เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุนั้นมักมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ซึ่งความเป็นจริงการก้าวเข้าไปสู่ความเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้หมายถึงการเป็นโรค หรือการเจ็บป่วย แต่เป็นการพัฒนาการของชีวิตที่เปลี่ยนไปตามวัฏจักร โดยเป็นช่วงวัยที่อวัยวะต่างๆ และ ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไป

2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ประกอบไปด้วยหลายมิติแต่ละคนให้คำจำกัดความที่แตกต่างกันไป กล่าวคือ

ลอว์ตัน (Lawton) (ลลิตญา ลอยลม. 2545 : 42 อ้างอิงจาก Lawton. 1985) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การมีความสุขทางด้านจิตใจ หมายถึง การที่บุคคลสามารถประเมินได้ว่า ประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาามีคุณภาพ โดยประเมินได้จาก

ผลกระทบระดับความสุขที่ได้รับและความสำเร็จที่ได้บรรลุตามความต้องการหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

2) ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ที่ถูกต้องและการมีพฤติกรรมทางสังคมที่ถูกต้อง 3) สิ่งแวดล้อมของบุคคล หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 3.1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ลักษณะภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และที่อยู่อาศัย 3.2) บุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน 3.3) บุคคลอื่นทั่วไปที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ 3.4) สถานภาพทางสังคม อายุ เชื้อชาติ และเศรษฐกิจ และ 3.5) สภาพสังคมและวัฒนธรรมภายในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ และ 4) การรับรู้คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับความผาสุกทางด้านจิตใจ ความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลแต่ละคน

ส่วนฟิลเลนเบอร์ม (Fillenbaum. 1987 : 151 - 173) ได้รวบรวมความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ประกอบด้วย 1.1) ความสามารถในการกิจกรรมทางกายภาพ (Physical Activities of Daily Living: PADL) ได้แก่ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารการเคลื่อนย้ายร่างกาย การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม และการแต่งกายด้วยตนเอง 1.2) ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) และ 1.3) การเดินไปในที่ต่างๆ และการทำความสะอาดบ้านได้ด้วยตนเอง 2) ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical Health) ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพตนเอง อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การใช้บริการทางการแพทย์ ระดับการมีกิจกรรม 3) ด้านสุขภาพจิต (Mental Health) การรับรู้หน้าที่ การเจ็บป่วยทางจิต อารมณ์ ตัวบ่งชี้ การทำหน้าที่ของจิต 4) ด้านสังคม (Social resource) ประกอบด้วยขนาดและความพอเพียงในการติดต่อ และการมีปฏิสัมพันธ์ การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน หรือ ครอบครัว 5) ด้านเศรษฐกิจ (Economic resource) ประกอบด้วยความพอเพียงของรายได้ จำนวนเงินที่จำเป็นต้องใช้ ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม 6) ด้านสภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental Matters) ประกอบด้วยความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว การจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบ เป็นต้น และ 7) การได้รับการดูแล (Level of strain or caregiver) ทั้งจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน และชุมชน

สำหรับเบอร์เทรน (Bertrand. 1996 : 178-179) ได้กล่าวว่าคุณภาพแห่งความสุขที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตต้องประกอบไปด้วย 1) พฤติกรรมที่มีความกระตือรือร้น มีความอยากรู้อยากเห็น อยากรู้ ศึกษา เมื่อเกิดพฤติกรรม เช่นนี้จะนำไปสู่พลังแห่งชีวิต ก่อให้เกิดความสุข 2) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วยความรัก หรือการให้โดยไม่หวังผลตอบแทนด้วยความจริงใจและ

จริงจัง ผู้ให้จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีพลังชีวิต 3) การทำงาน บุคคลใดที่ไม่มีงานทำหรือกิจกรรมทำจะเกิดอาการเหงาหงอยไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีความสุขในชีวิต และ 4) ครอบครัว การรับรู้ถึงความรักที่มีต่อกันในครอบครัว ความเข้าใจกันในครอบครัวทำให้บุคคลในครอบครัวมีพลังชีวิตและมีความสุขสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

ในด้านองค์การอนามัยโลก (WHO. 1995 : 19) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและ สภาพแวดล้อม ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) การรับรู้สภาพร่างกายที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน จากทฤษฎีทางชีวภาพแสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบด้านร่างกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น หากผู้สูงอายุยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายยอมรับความจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดี ก็จะพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 32-37) เช่นการศึกษาของ อรรถธร โดษยานนท์และคณะ (2544 : 54) ศึกษาเรื่องการทรงตัวและปัจจัยเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุพบว่า เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา และพยาธิสภาพทางด้านร่างกาย มีผลทำให้อุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง 2) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเองจากทฤษฎีเชิงจิตวิทยาแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้สูงอายุเข้าใจในตนเอง รับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากสิ่งอื่นมาทดแทนสิ่งที่เสียไป หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเองได้ดี 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship Domain) คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม มีกิจกรรมร่วมกันในสังคมจากทฤษฎีเชิงสังคมแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมไม่ว่าจะเกิดจากการเกษียณอายุ หรือความเสื่อมถอยของสุขภาพ จากทฤษฎีสังคมวิทยา ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้โดยพยายามหาบทบาทใหม่ในสังคม เพื่อร่วมกิจกรรมในสังคม และผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำอยู่เสมออย่างค่อนเนื่องจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมทำและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตของตนร่วมกับบุคคลกลุ่มต่างๆ ในสังคม และต้องการช่วยเหลือสังคมซึ่งแนวคิดนี้มีแนวโน้มที่สูงขึ้น (วรรณิกา บุญระยอง. 2540 : 40) และตามทฤษฎีกิจกรรมกล่าวว่า การไม่มีกิจกรรมเป็นผลให้ความสุขในชีวิตต่ำ มีความรู้สึกไร้ค่า และจะเป็นคนที่จะปรับตัวให้เข้ากับวัยและสิ่งแวดล้อมได้ยาก (รุจิวงศ์ แยกทอง. 2549 : 37 อ้างอิงจาก Brown. 1990 : 58) และกรรณิกา เจริญลักษณ์ (2545 : 65) กล่าวว่าทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรม จะทำให้ผู้สูงอายุคงบทบาทและสถานภาพของตนเองไว้ ทำให้รู้สึกมี

คุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม (Environmental Domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อมต่างๆ เช่น ที่อยู่อาศัย มลพิษต่างๆ บริการสวัสดิการในชุมชน การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การคมนาคม การเมืองการปกครองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีด้วย

แต่ทั้งนี้สำหรับพระพุทธทาสภิกขุ (2545 : 29) ได้กล่าวไว้ว่า ปัญญานั้นขาดไม่ได้สำหรับการที่จะมีสุขภาพที่ดีคนยิ่งด้อยปัญญาก็ยิ่งมีโอกาสน้อยที่จะมีสุขภาพที่ดีเพราะแก้ปัญหาไม่ได้ถ้ามีปัญญาน้อยการมีสุขภาพจะเป็นแบบพึ่งพา ต้องอาศัยปัจจัยภายนอกมาก ถ้ามีปัญหาที่แท้จริงก็จะเป็นอิสระและมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์และกระฉับ กระฉวย ได้แบ่งองค์ประกอบหลักในการประเมินสุขภาพตามแนวพุทธ ตามที่พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต) ได้อธิบายไว้เมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2546 เป็น 4 องค์ประกอบคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับสังคม และด้านปัญญา (พระพรหมคุณาภรณ์. 2549 : 125-129) โดยด้านสิ่งแวดล้อมอยู่รวมกับด้านร่างกายโดยเน้นการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ

สำหรับการวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมองค์ประกอบที่กล่าวมาเป็นหมวดหมู่ และ ยึดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวขององค์การอนามัยโลก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเอกสาร ทฤษฎีผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาแล้วพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม ส่วนองค์ประกอบของฟิลเดินเบอร์เกอร์ ที่ได้แยกองค์ประกอบด้าน ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันออกจากกัน ซึ่งนำมาไว้ในตัวชี้วัด ด้านร่างกายขององค์การอนามัยโลก และได้นำองค์ประกอบด้านปัญญา ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติต่อความรู้ ที่ตนเองมีซึ่งตรงกับบริบทของตำบลลำสินธุ์ ซึ่งให้ความสำคัญต่อความรู้ที่มีอยู่ในตัวคน จึงแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 5 ด้านด้วยกันคือ ด้าน ปัญญา ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสภาพแวดล้อม ดังที่จะได้แสดงไว้ในกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งจะได้นำเสนอในลำดับต่อไป

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การที่จะทราบว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละคน หรือของแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไรนั้น จำเป็นจะต้องมีการวัดและการประเมินออกมาในรูปของตัวเลขหรือเป็นค่าคะแนน โดยการใช้เครื่องมือในการวัดแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการศึกษาหรือกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาดังที่ จริยาวัฒน์ คมพยัคฆ์ (2537 : 14) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นสหมิติ ต้องวัดได้ทั้งรูปธรรม (เชิงวัตถุวิสัย) และนามธรรม (เชิงจิตวิสัย) หรือที่ เจษฎา บุญทา (2545 : 8) ได้นำเอาแนวคิดของ สตรอมเบอร์เกอร์ (Stromberg. 1984 : 46-50) ซึ่งได้แสดงทัศนะในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้

ดังนั้นคือ 1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Objective Scale Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน 2) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยการวัดเป็นปริมาณ (Subjective Scale Yielding Quantitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความสูงที่ตนเองได้รับโดยประเมินออกมาเป็นคะแนน และ 3) การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective Scale Yielding Qualitative Data) เป็นการประเมินด้วยตนเอง ผลออกมาเป็นการบรรยาย และ บอกถึงสภาพที่เป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (UNESCO :1980) ได้ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านคือ 1) ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลรูปธรรมที่วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และ 2) ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และ เจตคติต่อประสบการณ์ ของบุคคลต่อชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ในช่วงแรกของการประเมินคุณภาพชีวิตให้ความสนใจเฉพาะด้านวัตถุวิสัยต่อมาในปี ค.ศ.1960 ได้มองการพัฒนากว้างขึ้นและให้ความสนใจด้านจิตวิสัย โดยพิจารณาจากการรับรู้ของบุคคลและ เริ่มพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต หลายเครื่องมือด้วยกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา เช่น การศึกษาของ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ (2547 : 5) วิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อศึกษาประเมินคุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน โดยใช้ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้เป็นเบาหวาน (Diabetes Quality of Life : DQOL – 1987, 1999) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย หรือการศึกษาของ เจษฎา บุญทา (2545 : 25) วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF – THAI – 1997 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ที่ 0.83 และ กองควบคุมโรคเอดส์ (2550 : 2-5) ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่สถานบริการในสังกัดของกรุงเทพมหานครและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่สถานบริการในสังกัดของกรุงเทพมหานครโดยใช้เครื่องมือ WHOQOL – BREF – THAI- 1997 และมีเครื่องมือชี้วัดบางชุดที่มีเนื้อหาหลักเฉพาะเจาะจงมากเกินไป เช่น เรื่องของโภชนาการ การศึกษา รายได้ประชากร ที่พักอาศัย ฯลฯ ทำให้เครื่องมือเหล่านี้ไม่เป็นสากล การ

กำหนดกรอบสำหรับการจัดสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลได้พัฒนาขึ้นในองค์กรระหว่างประเทศหลายองค์กร

องค์การอนามัยโลกจึงได้เริ่มพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลเมื่อปี ค.ศ.1996 เป็นฉบับมาตรฐานเพื่อใช้ในประเทศต่างๆ ประกอบด้วย 100 ตัวชี้วัด และกิตติกร มีทรัพย์ ได้แปลเป็นภาษาไทย ผู้เชี่ยวชาญแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง ซึ่งเป็นฉบับภาษาไทยที่องค์กรอนามัยโลกยอมรับ แต่แบบวัดนี้มีจุดอ่อนคือยาวเกินไป ไม่เหมาะที่จะนำมาวัดในชุมชน ในเวลาต่อมา องค์การอนามัยโลกจึงได้จัดทำเครื่องมือฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL – BREF) ขึ้นในปีเดียวกัน สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ได้แปลและพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ (WHOQOL – BREF – 1996) เป็นฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI – 1997) และได้นำไปใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทยที่สื่อสารรู้เรื่อง ทั้งชายและหญิง อายุ 16-87 ปี และ ได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในทุกกลุ่มอายุจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 สรุปผลการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดไว้ว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทยทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุด้วย (เจษฎา บุญทา. 2545 : 10)

นอกจากนี้ WHOQOL-BREF ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้และในแง่ของกฎหมาย จากความเป็นสากลของแบบวัด สามารถเปรียบเทียบคะแนนกันได้ในเชิงระบาดวิทยา หรือในกรณีการศึกษาที่ต้องใช้การสะสมข้อมูลจากหลายๆ ศูนย์จะช่วยให้มั่นใจและยอมรับข้อมูลที่ได้ มีประโยชน์ในการวิจัยเพื่อวางนโยบายทางสุขภาพ และได้รับการพัฒนาเป็น WHOQOL – BREF – THAI – 1997 ที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน WHOQOL – BREF – THAI – 1997 เป็นต้นแบบในการพัฒนาเครื่องมือ ร่วมกับข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร เพื่อวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ทำวิจัย

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

จากการการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ดังนี้คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เงินออม ภาระหนี้สิน ภาวะการมีโรค และ การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม

2.4.1 อายุ ตามทฤษฎีเชิงชีวภาพได้กล่าวไว้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายยิ่งเสื่อมถอยมากขึ้นอวัยวะต่างๆของร่างกายทำหน้าที่ลดลง สมรรถภาพทางกายลดลง การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันน้อยลง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านกิจกรรมและการประกอบอาชีพ จากการศึกษา

ของวรรณ กุมารจันทร์ (2543 : 61) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนบน พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่ทฤษฎีพัฒนาการเชื่อว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนเองกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา และประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านมาจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากสามารถปรับตัวและเข้าใจชีวิตได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2550 : 1) จากการศึกษาของ พจนา ศรีเจริญ (2548 : 71) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสมาคมข้าราชการนอกระจำการจังหวัดเลยพบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ของเสาวนีย์ ดนระดุลย์ (2532 : 104) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากทฤษฎีและผลการวิจัยเห็นความต่างของอายุที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยได้นำเอาอายุมาศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2.4.2 เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคคลในสังคม เพศชายและเพศหญิงจะมีบทบาทหน้าที่ สรีระร่างกายแตกต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความรู้สึกที่ต่างกัน เพศหญิงเป็นเพศที่รู้สึกตัวตนเองอ่อนแอ มีระดับการพึ่งพา คนอื่นสูง จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุชาย และเพศมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, ยุพดี ศิริวรรณ. 2548 : <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp>) ผลการศึกษาของ กัลยาณี ทองสว่าง (2546 : 52) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายเนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีกิจกรรมทำมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ส่วนการศึกษาของวรรณ กุมารจันทร์ (2543 : 60) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชาย มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เป็นเพราะเพศชายได้รับการยกย่องจากสังคม มีความรู้สึกตัวตนเองมีคุณค่ามีความสุขในการดำเนินชีวิต จึงเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

จากผลการศึกษาที่มีความแตกต่างกันจึงได้นำปัจจัยด้านเพศ มาศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2.4.3 สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสของบุคคลเป็นสถานภาพทางกฎหมายหรือทางสังคม ซึ่งแยกเป็น 5 ประเภท คือ โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ สถานภาพสมรส ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข เนื่องจากมีคู่คิด มีเพื่อนคอยพูดคุย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมีความรู้สึก เหงา เศร้า โดดเดี่ยวได้ง่าย การศึกษาคุณภาพ

ชีวิตของสตรีสูงอายุ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. 2538. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2552. จาก http://www.suicidethai.com/abstract/abstract_detail.asp?ntitle) พบว่าสตรีสูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีสูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ในภาวะปัจจุบัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หย่า แยกกันอยู่ สูงขึ้น ในช่วงเวลา พ.ศ. 2529-2538 เพิ่มขึ้น จาก ร้อยละ 1.2 เป็น 2.2 (นภาพร ชโยวรรณ. 2542 : 57)

ส่วนผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสมาคมข้าราชการนอกประจำการจังหวัดเลยสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ (พจนา ศรีเจริญ. 2548 : 86)

2.4.4 การออม จากผลภาวะเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลที่จะสนองความต้องการในด้านต่างๆ ทั้งด้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ตนเอง วัยสูงอายุเป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถทำงานได้ดังเช่นวัยทำงาน เป็นวัยที่มีรายได้น้อยกว่าวัยทำงาน แต่ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีเงินออมจากการทำงานในวัยทำงาน แม้กฎหมายจะกำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ แต่ เงินออมก็ยังคงมีความสำคัญในการใช้ดำเนินชีวิต การส่งเสริมการออมตั้งแต่วัยทำงานเป็นยุทธศาสตร์หนึ่ง ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพในมาตรการหลักประกันรายได้เพื่อวัยสูงอายุ ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า การออม เป็นปัจจัยสำคัญในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการออมส่วนบุคคลยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ในปี พ.ศ. 2549 การออมส่วนบุคคลต่อรายได้บุคคลคิดเป็นร้อยละ 9.1 (สมศักดิ์ ชุณหะวัณ. 2551 : 82) จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสมาคมข้าราชการนอกประจำการจังหวัดเลยพบว่า การออมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ (พจนา ศรีเจริญ. 2548 : 86)

2.4.5 ภาระหนี้สิน มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยการเตรียมตัวก่อนเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการพบว่า การไม่มีภาระหนี้สิน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังเกษียณ (ลลิตา ลอยลม. 2545 : 130) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าปัจจัยด้านภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ (อาคม ปฐมสีมากุล. 2551 : 146)

2.4.6 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมทางสังคม จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า คำที่มีความหมายมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ ศักดิ์ศรี และ คุณค่า สำหรับคำว่าศักดิ์ศรี ผู้ที่จะให้คำตอบที่ดีที่สุดคือตัวผู้สูงอายุเอง ส่วนคำว่าคุณค่าผู้ที่จะให้คำตอบที่ดีที่สุดคือ ชุมชน และ สังคม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545 : 40-42) ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้าง

จิตสำนึกและการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนโดยดึงเอาบุคคลหรือทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ในการจัดกิจกรรมและบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยผ่านการประสานงานของผู้นำชุมชนหรือเครือข่ายในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์ ศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ หรือ เครือญาติ (มาลินี วงษ์สิทธิ์. 2545 : 9) ผลการวิจัยการเตรียมตัวก่อนเกษียณของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการมีข้อเสนอแนะว่า สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกันดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ลลิตา ลอยลม. 2545 : 130) การศึกษาของ วิจารณ์ศิริเลิศ (2551 : 1) พบว่าตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

2.4.7 ภาวะการมีโรค ผู้สูงอายุส่วนมากที่สุขภาพยังดี ส่วนใหญ่จะมีบทบาทเป็นผู้ให้และผู้ที่มีอำนาจในสังคม และ เปลี่ยนถ่ายให้กับคนรุ่นหลัง ๆ ต่อๆ ไปอย่างช้าๆ แต่ข้อเท็จจริงประการหนึ่งที่ทุกคนไม่อาจปฏิเสธได้คือ ยิ่งสูงวัยเท่าใดโอกาสเจ็บป่วยยิ่งมีมากขึ้นเป็นเงาตามตัวเนื่องจากความมีอายุ ทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเสื่อมถอย เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นผลให้ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดน้อยลง บทบาทดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และมักประสบปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ได้อีก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นและการที่พึ่งพิงผู้อื่นนี้เองที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้อยในสายตาของบุคคลทั่วไปและจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุด้วย (มารศรี นุชแสงพลี. 2532 : 26-36) จากการศึกษาของ เหมิกา ยามะรัตน์ (2527 : 100) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและไม่มีโรคประจำตัว หรือ มีปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อยจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดี และภาวะการมีโรคประจำตัว เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษาของ กนกพร สุคำวัง (2540 : 98) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ในการสำรวจหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพโดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบและประมวลตนเองของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550 : สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2552. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-1-1.html) พบปัญหาสุขภาพสูงสุดคือปัญหาเรื่องปวดตามข้อพบร้อยละ 74.6 อาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 58.8 วิงเวียนเป็นลมหน้ามืด ร้อยละ 45.6 ท้องผูก ร้อยละ 39.9 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.8 ริดสีดวงทวาร ร้อยละ 10.1 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.1 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.2 และ บรรลุ ศิริพานิชย์ (2550 : 21) พบว่าโรคที่พบบ่อยตามลำดับใน

ผู้สูงอายุ คือโรคปวดเมื่อย โรคข้อเสื่อม และอัมพฤกษ์ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคต่อกระฉก

3. ลักษณะและองค์ประกอบของความเป็นชุมชนพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

ของตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ประกอบไปด้วยหมู่บ้าน 9 หมู่บ้าน มี 1,239 ครัวเรือน มีหน่วยงานและขบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพเหมือนพื้นที่อื่นๆ คือมี สถานีอนามัยตำบลลำสินธุ์ 1 แห่ง จัดบริการสุขภาพตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีผู้สูงอายุ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ มีชมรมผู้สูงอายุที่เกิดจากการก่อตั้งของสถานีอนามัยตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 มีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น คือเทศบาลตำบลลำสินธุ์ เป็นหน่วยสนับสนุนด้านงบประมาณ การพัฒนาคุณภาพชีวิต จัดระบบสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติ กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มีองค์การอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการสร้างสุขภาพ แต่ความแตกต่างของพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นอย่างเด่นชัดคือ เป็นชุมชนที่มีรูปแบบการสร้างชุมชนเข้มแข็งเป็นชุมชนต้นแบบที่มีความเด่นชัดในการพึ่งพาตนเอง และให้ความสำคัญของการรวมกลุ่มโดยใช้ความเป็นเครือญาติในการจัดการชุมชน ชุมชนได้ผ่านประสบการณ์ ที่ต้องช่วยเหลือกันตั้งแต่ยุคสมัยคอมมิวนิสต์ โจรผู้ร้าย วิกฤติเศรษฐกิจ ภัยธรรมชาติ ตั้งแต่ในอดีตโดยพื้นฐาน มีกลุ่มออมทรัพย์ทุกหมู่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน พลิกฟื้นเศรษฐกิจชุมชนนำมาซึ่งความเข้มแข็งของชุมชน จนเกิด กลุ่มต่างๆ ที่สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือกันในชุมชน 8 กลุ่มด้วยกันคือ กลุ่มโรงเรียน อสม. กลุ่มเกษตรกรรม กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มสื่อสารมวลชน กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มสวัสดิการชุมชน และกลุ่มแปรรูปและกระจายสินค้าเกษตรกรรม ซึ่งแต่ละกลุ่มกระจายเป็นกลุ่มย่อยในทุกหมู่บ้าน มีการผสมผสานความร่วมมือทั้งจากภาครัฐ ท้องถิ่น และชาวชุมชนเอง จนกลายเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งในนาม “สินธุ์แพรทอง” (วรพล หนูนุ่น และคณะ. 2551 : 175-182)

ช่วงปี พ.ศ. 2544 องค์การชุมชนเริ่มต้นทำแผนชุมชนจัดทำแผนชุมชนเชื่อมกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และมีแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนที่ได้มาจากกระบวนการแผนชุมชน (พนิตนาฎ วิสุทธิธรรม. 2550 : 71) ใช้การจัดการองค์ความรู้ชุมชนเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ตามยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนการพัฒนา

ท้องถิ่นโดยคนในชุมชนเองอย่างมีทิศทางตามยุทธศาสตร์ของตนเอง และมีเครื่องมือคือการจัดการความรู้ที่ถือว่าเป็นเครื่องมืออันทรงพลังในการพัฒนา (สนธยา พลศรี. 2550 : 25-40) เพราะไม่เพียงแต่จะบรรลุผลได้ง่าย และเกิดกระบวนการของการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมจากสมาชิกในแต่ละระดับแล้ว ยังเป็นการพัฒนาคนที่เป็นสมาชิกแต่ละรุ่นของชุมชนให้เข้าใจบทบาทและภารกิจทั้งต่อตนเอง เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคมได้เป็นอย่างดี สามารถดำเนินการนำแผนชุมชน มาเป็นเครื่องมือใน การพัฒนาชุมชน จนได้คุณภาพแผนชุมชนในระดับ 1 คือมีการทำแผนชุมชนโดยชาวบ้านเป็นหลักร่วมกับ อบต. มีการปฏิบัติจริงสามารถลดปัญหาได้จริง ซึ่งในช่วงเวลานั้นพบว่าทั่วทั้งประเทศมีจำนวน 49 ตำบล (พรณทิพย์ เพชรมาก. 2547 : 4)

ตำบลลำสินธุ์มีแผนงานพัฒนาชุมชนและโครงการสร้างสุขภาวะชุมชนหลักๆ ดังนี้คือ สร้างครอบครัวต้นแบบโดยเน้น 6 อ. มีสื่อชุมชนเครือข่ายวิทยุชุมชนนำความรู้ที่มีอยู่ในตัวคน มาเผยแพร่ ผ่านทางวิทยุชุมชน และ สื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กองทุนสุขภาพตำบล แผนงานสวัสดิการผู้ด้อยโอกาส แผนงานด้านการเกษตรปลอดภัย และ อาหารปลอดภัย แผนงานการจัดการทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการมีสุขภาพดี สินค้าโอท็อป (OTOP: One Tambol One Produce) แผนงานพัฒนาเยาวชนในระบบและนอกระบบ กลุ่มออมทรัพย์ แผนงานพัฒนาผู้นำและโรงเรียน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มองค์กรภาคีเครือข่าย ที่ช่วยหนุนเสริมในการสร้างสุขภาพของชุมชน โดยมีเครือข่ายองค์กรชุมชน สินธุ์แพรทอง เป็นตัวหนุนหลักในการริเริ่มการพัฒนาชุมชน ใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาโดยบูรณาการกับทุกภาคส่วนทั้งในและนอกพื้นที่ มีเครือข่าย อสม.ระดับตำบล พัฒนาตนเองจนเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีสถานีนามัยตำบลลำสินธุ์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสายงานเดียวกันและใกล้เคียง ทำงานด้านวิชาการ ให้ความรู้ประสานงานในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม และมีเทศบาลตำบลลำสินธุ์ รับนโยบายสาธารณะ และ ปรับกระบวนการทัศน์การพัฒนาจากฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน พินิตนาฏ วิสุทธิธรรม (2550 : 76) ศึกษาพบว่า ระบบโครงสร้างการทำงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของ อบต. (ในสมัยนั้นยังคงเป็น อบต.) ด้านสังคมและสวัสดิการการศึกษาและ การสาธารณสุข มีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับหมู่บ้านหลายกลุ่มด้วยกัน โดยมีเจ้าหน้าที่ พัฒนาชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบและร่วมประสานกิจกรรมสนับสนุนเทคนิควิชาการ กับทางสถานีนามัยและเครือข่ายสินธุ์แพรทอง เพื่อดูแลมุ่งหมายของการมีคุณภาพชีวิตของชาวตำบลลำสินธุ์

ในมุมมองของชุมชนตำบลลำสินธุ์ มองว่าผู้สูงอายุเป็นสมบัติที่ล้ำค่า เป็นห้องสมุดของชุมชน เป็นแหล่งเรียนรู้ของคนรุ่นหลัง อุทัย บุญคำ (ผู้ให้สัมภาษณ์, ดวงใจ คำคง ผู้สัมภาษณ์, ที่เครือข่ายสินธุ์แพรทอง ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2552) กล่าวว่า

“ความรู้ที่มีอยู่ในผู้สูงอายุ เป็นตำราของเราที่ถูกเผาไปปีละหลายๆ ตำรา เราเอาความรู้มาเป็นตำราให้ลูกหลานได้เรียน นอกจากนั้นเรายังสังเกตเห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุได้นำความรู้มาสอน ตัวผู้สูงอายุเองก็จะมีสุขขึ้น มีชีวิตชีวาขึ้น และ ศึกษาเรียนรู้มากขึ้นด้วย”

นอกจากนั้นตำบลลำสินธุ์ยังมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมหลายกิจกรรม เช่น กิจกรรมรำลึกประวัติศาสตร์ “รำลึกถึงแดง” เพื่อรำลึกถึงคนรุ่นก่อนที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อนๆ ผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว แสดงให้เห็นถึงความกตัญญูของคนรุ่นหลังๆ กิจกรรมรดน้ำผู้สูงอายุในเทศกาลวันสงกรานต์ กิจกรรมเดือนสิบ

จากคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าสภาพชุมชนของตำบลลำสินธุ์ มีประวัติศาสตร์การดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อในการเตรียมความพร้อมของประชาชน เป็นปัจจัยที่แตกต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ ในด้านการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงสร้างประชากรในตำบลลำสินธุ์ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.57 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนดังกล่าวมีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 31.2 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด แยกเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 24.6, 5.6 และ 1.0 ตามลำดับ (สถานีอนามัยลำสินธุ์, 2552 : 1) ยังไม่รวมถึง โรค ปวดข้อ นอนไม่หลับ และอื่นๆ นอกจากนี้ยังไม่พบว่าได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์มาก่อนเลย ในขณะที่แผนชุมชนตำบลลำสินธุ์ มีเป้าหมายสูงสุดคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน อีกทั้งยังไม่พบการวิจัยในประเด็นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีคุณสมบัติคล้ายตำบลลำสินธุ์ ที่ใดมาก่อนเช่นกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารคำจำกัดความของคำว่าคุณภาพชีวิตของนักวิชาการทั้งในประเทศ อาทิ พนิษฐา พานิชชีวะกุล (2537 : 12) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นความพอใจในสิ่งที่มีอยู่เป็นอยู่ในทุกๆ ด้าน กุลวี วิวัฒน์ชีวิน และคณะ (2542 : 22) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ และศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิต สุริพรย์ ฤกษ์เจริญ และกอบแก้ว สุวรรณ (2543 : 23) นิยามว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้การดำเนินการในชีวิตทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคต รวมถึงพหุองค์ หาญผดุงกิจ และอัญชลี ตรีตระการ (2544 : 23) สรุปนิยามของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจในชีวิต ความเป็นไปได้ตามความต้องการ และ ภาพรวมของประสบการณ์ชีวิต และนักวิชาการต่างประเทศหรือองค์กรระหว่างประเทศ อาทิ วรณศิริ ปราณีธรรม (2546 : 22) อ้างอิงจาก Zhan. 1992) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคล รวมถึง สตรอมเบอร์ก (Stromborg. 1984 : 46-50) และองค์การยูเนสโก (UNESCO.1980 : 89) กล่าวว่าชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง ชีวิตที่ไม่เป็นภาระ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับสังคม มีความสมบูรณ์ ทั้งทาง

ร่างกาย และ จิตใจ สามารถที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและค่านิยม ของสังคม สามารถแก้ไขปัญหาที่สลับซับซ้อนได้ สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ข้างหน้าได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีการอันชอบธรรม เพื่อให้ได้มาสิ่งที่ตนพึงประสงค์ ภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ได้

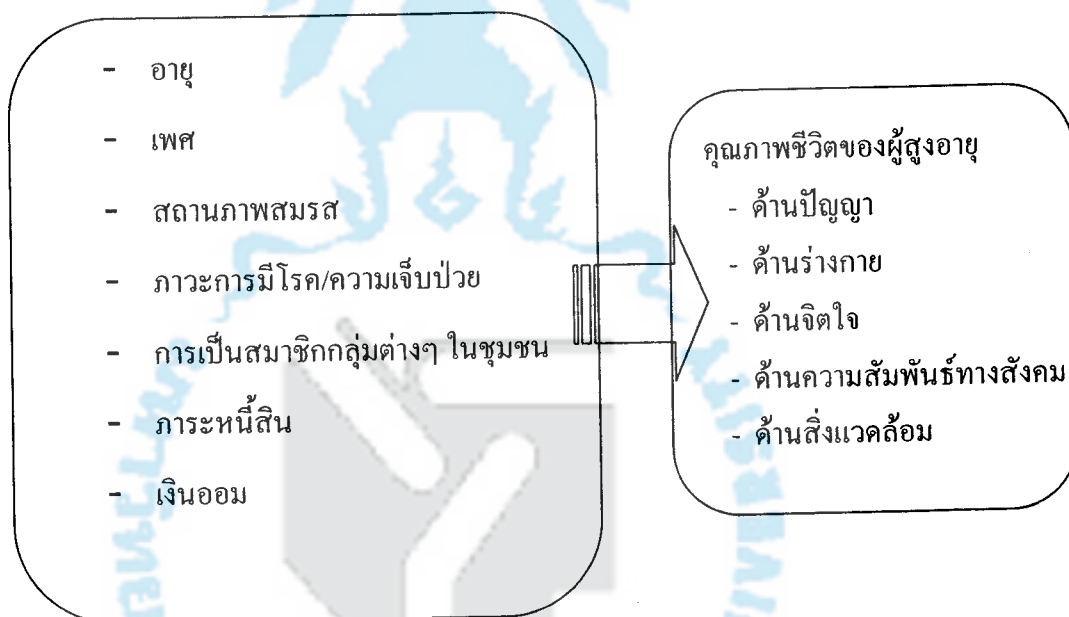
และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะของตนเอง และสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ซึ่งแยกออกเป็น 4 องค์ประกอบด้วยกันคือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม(คุยฎี อายุวัฒน์. 2548 : 46 อ้างอิงจาก WHO. 1995) ในขณะที่ พระพุทธทาสภิกขุ (2545 : 29) ให้ความสำคัญกับปัญหาในการมีคุณภาพชีวิตจะดีได้ต้องมีปัญญาคือ และพระครุฑชิต คุณวโร ได้แบ่งองค์ประกอบหลักในภาวะที่ปลอดทุกข์และเป็นสุขตามแนวพุทธไว้ 4 องค์ประกอบคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับสังคม และด้านปัญญา โดยองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมปรากฏในด้านร่างกายและได้เน้นการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ (พระพรหมคุณาภรณ์. 2549 : 125-129) จึงสรุปว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ และความพึงพอใจในการดำรงชีวิตในสิ่งที่ตนเป็นอยู่อย่างมีความสุข ตามสภาพความเป็นอยู่และสภาวะรอบๆตัวรวมทั้ง ด้านปัญญา (พระพุทธทาสภิกขุ. 2545 : 29) ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (WHOQOL. 1995 : 19)

นอกจากนี้พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ (2546 : 81-82) ยังได้อธิบายไว้ว่าระดับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยทาง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส เพศเป็นตัวกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิตซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต อายุที่เพิ่มมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น สมรรถภาพร่างกายลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง การประกอบอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานะทางการเงิน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ความกังวลกับโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ต่างมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้วิจัยในพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมไม่มีความแตกต่างด้านอาชีพและส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจึงไม่นำมาศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนมีความเด่นชัดในเรื่องการพึ่งพาตนเอง แม้ว่าชุมชนตำบลลำสินธุ์จะมีพื้นฐานการออมมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2530ยังพบภาวะการเป็นหนี้สินในยุควัตถุนิยมในปีพ.ศ. 2540 แต่ก็ยังสามารถรวมตัวกันแก้ไขปัญหาได้อีกครั้ง (เครือข่ายสินแพรทอง.สืบค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2552 จาก <http://www.sinpraethong.ob.tc/index.html>) ประกอบกับภาวะปัจจุบันคนไทยให้ความสำคัญกับการออมน้อยจนอาจทำให้เกิด

ปัญหาต่อคุณภาพชีวิตได้ (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. 2550 : 82) จนต้องเกิดนโยบายส่งเสริมการออมเพื่อใช้ในยามผู้สูงอายุขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหานำการออมเงินและภาระหนี้สินมาเป็นตัวแปรต้นในการศึกษาครั้งนี้ และชุมชนตำบลลำสินธุ์ยังมองผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่าเป็นคลังความรู้ของชุมชน เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลลำสินธุ์มีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 31.2

ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภาระหนี้สิน เงินออม ภาวะการมีโรค/ความเจ็บป่วย การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ดังสรุปไว้ในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ และ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร (Population) ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 649 คน จากทั้งหมด 9 หมู่บ้าน ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2553 (สำนักทะเบียน อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2552 : 1-62)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเป็นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้ง 9 หมู่บ้านในเขตตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ลักษณะของวัตถุประสงค์ในการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผล (ตัวแปรอิสระ) ต่อคุณภาพชีวิต (ตัวแปรตาม) ซึ่งเอมอร์ จังศิริพรพรรณ (สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2552 จาก <http://pioneer.netserv.chula.ac.th/~jaimorn/re5.htm>) ได้อธิบายตามทฤษฎีของธอร์นไคค์ (Thomdike) ว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 10 หน่วยต่อ 1 ตัวแปร และการศึกษาความสัมพันธ์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมต้องมากกว่า 100 หน่วยจึงแทนค่าโดยใช้สูตร $N = 10K + 100$

$$N = 10(7) + 100$$

$$= 170$$

เมื่อ N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

K = จำนวนตัวแปรอิสระทั้งหมด

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Simple Random Sampling) (เกสสุดา เหมทานนท์. 2552 : 48 อ้างอิงจาก วินัส พิษวนิชย์. 2547) โดยการเลือกใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) จัดเรียงรายชื่อผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ที่ได้รับจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ตามรหัส

เลขที่ประจำตัวประชาชนจากมากไปหาน้อยโดยไม่แยกกลุ่มในระดับหมู่บ้าน แต่มีรหัสกำหนดที่อยู่
ในระดับหมู่บ้านไว้เพื่อการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลในภายหลังและคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ตาม
สัดส่วนให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณได้ และหาช่วงของการสุ่ม (Sample Interval) โดย
ใช้สูตร $I = N/n$

เมื่อ I = ช่วงของการเลือกตัวอย่าง

N = จำนวน ผู้สูงอายุ 649 คน

n = จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการสุ่ม 170 คน

แทนค่าในสูตร

$I = 3.817$

ดังนั้นช่วงของการสุ่มที่คำนวณได้เท่ากับ 4

หลังจากนั้นสุ่มหาเลขเริ่มต้นโดยการจับฉลาก (Simple Random Sampling) และบวกอีก
4 ไปเรื่อยๆ ตามรายชื่อที่เรียงไว้ จนครบ 170 คน หากนับได้รายชื่อที่ไม่มีคุณสมบัติ (อายุ 60 ปีขึ้นไป
สามารถสื่อสารภาษาไทย ด้วยการพูด หรือการอ่านได้ และมีความยินดีให้ความร่วมมือในการ
ให้ข้อมูล) นับต่อไปอีก 4 จากลำดับสุดท้ายที่นับได้ ดังปรากฏกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ เมื่อจำแนกใน
แต่ละหมู่บ้านได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

หมู่บ้าน	จำนวนประชากรเป้าหมาย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่สุ่มได้	ร้อยละ
หมู่ที่ 1 คลองหมวย	105	34	32.4
หมู่ที่ 2 บ้านสวนหมาก	64	16	25.0
หมู่ที่ 3 บ้านลำสินธุ์	83	21	25.3
หมู่ที่ 4 บ้านห้วยท่าช้าง	32	8	25.0
หมู่ที่ 5 บ้านโหล๊ะไฟ	56	14	25.0
หมู่ที่ 6 บ้านโดน	73	18	25.7
หมู่ที่ 7 บ้านขาม	108	27	25.0
หมู่ที่ 8 บ้านลำสินธุ์เหนือ	90	22	24.4
หมู่ที่ 9 บ้านโหล๊ะอม	38	10	26.3
รวม	649	170	26.2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้จากการศึกษาค้นคว้าตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา และ ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะโรค ความสามารถในการอ่านหนังสือได้ ความสามารถในการเขียนหนังสือได้ ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ภาระหนี้สิน เงินออม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก และ การศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านปัญญา 7 ข้อ ด้านร่างกาย 9 ข้อ ด้านจิตใจ 9 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 14 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และ คุณภาพชีวิตโดยรวม 1 ข้อ รวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น 48 ข้อ

เกณฑ์การให้ระดับคะแนนและการแปลผลคะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับคุณภาพชีวิตแปลผลเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย ตามหลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ยตามองค์ประกอบเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตใช้เกณฑ์ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538 : 357)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับคุณภาพชีวิต
4.50-5.00	สูงมาก
3.50-4.49	สูง
2.50-3.49	ปานกลาง
1.50-2.49	ต่ำ
1.00-1.49	ต่ำที่สุด

3. การตรวจสอบเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหาค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา กับวัตถุประสงค์และ พิจารณาสำนวนภาษารายข้อ (IOC: Index of Item – Objective Congruence) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปรับปรุง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณา ดังนี้

ให้ +1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

นำผลการตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ไปหาดัชนี IOC ซึ่ง มีค่าสูงสุด +1 ข้อใดมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นมาก ถ้ามีค่าใกล้ 0 แสดงว่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของข้อนั้นน้อย และถ้ามีค่าติดลบแสดงว่าเป็นข้อที่ใช้ไม่ได้ ทั้งนี้ข้อที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ไว้ (เทียมจันทร์ พานิชย์ผลินไชย, 2539 : 181)

ผลการหาค่า IOCจากผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.6 – 1 ไม่มีข้อใดต่ำกว่า 0.6 แต่มีข้อคำถามบางข้อที่ผู้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แนะนำให้ปรับภาษาที่ใช้ รวมถึงเพิ่มเติมข้อความ/ข้อคำถามเพื่อความสมบูรณ์ของข้อคำถามและแบบสอบถามให้มากขึ้นประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ปรับและเพิ่มเป็น 13 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 5 ด้านจำนวน 45 ข้อคำถาม ปรับและเพิ่มเป็น 48 ข้อคำถาม

3.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่หมู่ที่ 4 บ้านนาปราบ ตำบลภูหาใต้ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 ชุด ผลการหาค่า Reliability ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient โดยแยกเป็นรายด้านดังนี้

1. ด้านปัญญา ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.867 (7 ข้อ)
2. ด้านร่างกาย ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.854 (9 ข้อ)
3. ด้านจิตใจ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.914 (9 ข้อ)
4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.917

(14 ข้อ)

5. ด้านสภาพแวดล้อม ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.926 (8 ข้อ)

และจากผลการวิเคราะห์พบว่ามีข้อที่ 1, 9, 10 และ 27 ที่จะให้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient สูงขึ้นเพียงเล็กน้อย (สูงขึ้นเพียง 0.001, 0.001, 0.001 และ 0.002) หากตัดออกไปจากแบบสอบถาม จึงได้ตัดสินใจไม่ตัดข้อใดออก และไม่ปรับข้อคำถามใดๆ อีก จากค่า Cronbach's Alpha Coefficient ที่วิเคราะห์ได้ทั้งในภาพรวมและรายด้าน มีค่าสูงกว่าค่าที่กำหนดไว้คือ 0.7

(ประกาศเฝ้าฯ สุวรรณ. 2537 : 20) จึงยอมรับและตัดสินใจว่าแบบสอบถามนี้สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ไปยัง หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลลำสินธุ์ นายอำเภอศรีนครินทร์ แกนนำเครือข่ายสินธุ์แพรทอง และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลลำสินธุ์

4.2 นำรายชื่อผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร มาสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ข้างต้น

4.3 เข้าร่วมประชุมประจำเดือนกับเครือข่ายสินธุ์แพรทอง แกนนำชุมชนตำบลลำสินธุ์ ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ในวันที่ 31 สิงหาคม 2553

4.4 เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลตามบัญชีที่สุ่มได้ เพื่อแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยเพื่อให้ข้อมูล เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลในทันทีหรือตามที่ได้นัดหมายกันในวันถัดไป

4.5 ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทันทีในภาคสนาม ตรวจสอบในแต่ละวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อพบความไม่สมบูรณ์ก็ได้ทำการติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนสมบูรณ์ และตรวจสอบอีกครั้งเมื่อได้บันทึกข้อมูลในโปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติ ก่อนที่จะทำการประมวลผลและข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์อย่างเข้มงวดแล้ว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลพบว่าข้อมูลกระจายปกติ และนำข้อมูลมาประมวลผลโดยวิธีดำเนินการ ดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ ได้แก่ จำนวนร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการอธิบายปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เงินออม ภาระหนี้สิน ภาวะการมีโรคและการเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน

5.2 สถิติเชิงอนุมาน เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ โดยการใช้การวิเคราะห์สมการเส้นตรงอย่างง่าย (Simple Linear Regression) ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวคือ

อายุ เพศ สถานะภาพสมรส เงินออม ภาระหนี้สิน ภาวะการมีโรค/ความเจ็บป่วยและ การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน กับตัวแปรตามคือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการปกป้องและคุ้มครองการตอบแบบสอบถาม ของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ภายหลังจากที่ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงชี้แจงอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรว่าการตอบแบบสอบถามของการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลใดๆต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน หากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามสามารถที่จะขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง และ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง ประชากรคือผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง จำนวน 649 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดย การใช้ลักษณะวัตถุประสงค์ในการวิจัย สุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ได้จำนวน 170 คน ได้รับแบบสอบถามกลับ 170 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และ บันทึกรหัสแบบสอบถามแต่ละชุด แล้วป้อนข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ การประกอบอาชีพและแหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ภาระหนี้สินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ เงินออมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ การได้รับเบี้ยยังชีพและ การรับรู้สาเหตุของการที่ยังไม่ได้รับเบี้ยยังชีพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ การรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่ได้รับหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้จากการดำเนินงานจัดทำแผนชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ แสดงภูมิปัญญาเดิมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

2. ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ จำแนกรายด้านและในภาพรวม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุ	170	100
60-64 ปี	43	25.3
65-69 ปี	41	24.1
70-74 ปี	37	21.8
75-79 ปี	30	17.6
80-84 ปี	12	7.1
85-89 ปี	4	2.4
90 ปี ขึ้นไป	3	1.8
Mean+/- SD ; Min : Max	70.2 +/- 7.5 ; 60 : 95	
เพศ		
ชาย	68	40
หญิง	102	60
สถานภาพสมรส	170	100
สมรส	110	64.7
หม้าย	55	32.4
โสด	1	0.6
แยกกันอยู่	4	2.4
อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลใดในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คู่สมรส	108	52.9
บุตร/ธิดา	76	37.3
อยู่คนเดียว	19	9.3
ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส หรือบุตรแต่อยู่กับ หลานที่มีอายุ (15ปีขึ้นไป)	1	0.5

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 – 64 ปี (ร้อยละ 25.3) รองลงมามีอายุ 65 – 69 ปี (ร้อยละ 24.1) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 40) ในอัตราส่วน 3 : 2 โดยเพศหญิงเริ่มจำนวนมากกว่าเพศชายเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี โดยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย (71.2 ปี) มากกว่าเพศชาย (68.8 ปี) 2.4 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 95 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.7) รองลงมาก็คือสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 32.4) และ เพศหญิงมีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 28.2) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 4.1) 7 เท่าตัว และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส (ร้อยละ 52.9) ผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 28.4) อยู่กับคู่สมรสสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 24.5) รองลงมาจะอยู่กับบุตรธิดา (ร้อยละ 37.3) อยู่คนเดียว (ร้อยละ 9.3) ผู้สูงอายุหญิงอยู่คนเดียว (ร้อยละ 6.4) มากกว่าผู้สูงอายุชายอยู่คนเดียว (ร้อยละ 2.6)

ตารางที่ 3 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรในการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ต่อความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว	170	100
ไม่มีความเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	50	29.4
มีความเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	120	70.6
จำแนกความเจ็บป่วยตามกลุ่มอาการ/ รายโรค (มีเจ็บป่วย/โรค ได้มากกว่า 1)	364	100
ปวดเมื่อยตามร่างกาย	57	15.7
โรคความดันโลหิตสูง	48	13.2
ปวดข้อ	35	9.6
นอนไม่หลับ	28	7.7
โรคเกี่ยวกับตา	25	6.9

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเจ็บป่วย (ร้อยละ 29.4) จำนวนน้อยกว่ารับรู้ว่าคุณเองมีความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.6) โดยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยได้มากกว่า 1 อาการ/โรค โดยเรียง 5 อันดับแรกคือ (1) รับรู้ต่ออาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 15.7 (2) โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.2 (3) อาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 7.7 (4) โรค

เกี่ยวกับตาร้อยละ 6.9 และ (5) อาการ/โรคอื่นๆ อีก 29 อาการ/โรค โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีโรคประจำตัวมากกว่าเพศชาย รายละเอียด ตามภาคผนวก ข ตารางนำเสนอข้อมูล ในตารางที่ 15

ตารางที่ 4 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรด้านการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	(ร้อยละ)
ความสามารถในการอ่านหนังสือ		
อ่านหนังสือไม่ได้	24	14.1
อ่านหนังสือได้	146	85.9
ความสามารถในการเขียนหนังสือ		
เขียนหนังสือไม่ได้	25	14.7
เขียนหนังสือได้	145	85.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	5.9
ได้เรียนหนังสือ	160	94.1
จำแนกระดับการศึกษาผู้ที่ได้เรียนฯ		
ประถมศึกษา	154	90.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	1.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	1.8

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้ (ร้อยละ 85.9) มากกว่า การอ่านหนังสือไม่ได้ (ร้อยละ 14.1) ส่วนการเขียนหนังสือได้ (ร้อยละ 85.3) มากกว่าเขียนหนังสือไม่ได้ (ร้อยละ 14.7) และกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 5.9) น้อยกว่า ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 94.1) เมื่อจำแนกระดับการศึกษาผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 90.6) มีเพียงร้อยละ 3.6 ที่จบการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา

ตารางที่ 5 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรด้านการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ
ตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน	170	100
ไม่เป็นสมาชิก	28	16.5
เป็นสมาชิก	142	83.5
จำแนกการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน (เป็นสมาชิกได้มากกว่า 1 กลุ่ม)	273	100
กลุ่มออมทรัพย์	99	36.3
ชมรมผู้สูงอายุ	89	32.6
กลุ่มสวัสดิการ	29	10.6
กลุ่มเกษตรกรรม	10	3.7

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน (ร้อยละ 83.5) มากกว่าการไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใดๆ (ร้อยละ 16.5) ในชุมชน โดยสามารถเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆในชุมชนได้มากกว่า 1 กลุ่ม และ กลุ่มที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกมากที่สุดคือกลุ่มออมทรัพย์ (ร้อยละ 36.3) รองลงมาคือ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 32.6) และ เป็นสมาชิกกลุ่มอื่นๆ อีก 12 กลุ่ม รายละเอียด ดังภาคผนวก ข ในตารางที่ 16

ตารางที่ 6 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรด้านการประกอบอาชีพและแหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพ	170	100
ไม่ประกอบอาชีพ	55	32.4
ประกอบอาชีพ	115	67.6
จำแนกการประกอบอาชีพ		
(ประกอบอาชีพได้มากกว่า 1 อาชีพ)	131	100
เกษตรกรรม	83	63.4
กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	14	10.7
ค้าขาย	14	10.7
แหล่งรายได้ (มากกว่า 1 แหล่ง)	433	100
สวัสดิการผู้สูงอายุ	157	36.3
ลูกหลานให้	112	26.0
ทำงานเอง	110	25.6

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพ (ร้อยละ 67.6) มากกว่า ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.4) 2 เท่า และประกอบอาชีพได้มากกว่า 1 อาชีพ ส่วนมากเป็นอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 63.4) ลำดับรองลงมาคือ อาชีพ กรรมกร/รับจ้างทั่วไป และ อาชีพค้าขาย จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 10.7) และ อาชีพอื่นๆ ดังภาคผนวก ข ในตารางที่ 14 และมีแหล่งรายได้มากกว่า 1 แหล่งรายได้ แหล่งรายได้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุดแหล่งรายได้ทั้งหมดคือ สวัสดิการผู้สูงอายุ (ร้อยละ 36.3) รองลงมาคือลูกหลานให้ (ร้อยละ 26.0) ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้ซึ่งได้จากการทำงานเอง (ร้อยละ 25.6) และมีแหล่งรายได้จากแหล่งอื่นๆ ดังรายละเอียด ดังภาคผนวก ข ในตารางที่ 17

ตารางที่ 7 ข้อมูลคุณลักษณะแสดงภาระหนี้สินของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ภาระหนี้สิน	170	68.8
ไม่มีภาระหนี้สิน	117	117 (68.8)
มีภาระหนี้สิน	53	53 (31.2)
Mean+/-SD ; Min :Max	19,034.12 +/- 50,671.67 ; 0 : 500,000	
Mean+/-SD ; Min :Max	61,052.83 +/- 75,697.18 ; 2,000 : 500,000	
(เฉพาะคนที่เป็นหนี้สิน)		

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 68.8) มากกว่ากลุ่มที่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 31.2) 2 เท่าตัว หนี้สินเฉลี่ย 19,034.12 บาท เมื่อเฉลี่ยภาระหนี้สินเฉพาะคนที่เป็นหนี้สินมีหนี้สินเฉลี่ย 61,052.83 บาท ภาระหนี้สินต่ำสุดคือ 2,000 บาท หนี้สินสูงสุด 500,000 บาท

ตารางที่ 8 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรแสดงเงินออมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เงินออม		
ไม่มีเงินออม	17 (10.0)	34 (20.0)
มีเงินออม	85 (50.0)	136 (80.0)
Mean+/-SD ; Min :Max	27,936.47 +/- 40,427.97 ; 0 : 200,000	
Mean+/-SD ; Min :Max	34,670.59 +/- 42,471.91 ; 1,000 : 200,000	
(เฉพาะคนที่มีเงินออม)		

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่มีเงินออม (ร้อยละ 20) น้อยกว่ากลุ่มที่มีเงินออม (ร้อยละ 80) จำนวน 4 เท่าตัว เมื่อคิดเงินออมเฉลี่ยทุกคนรวมกัน มีเงินออมเฉลี่ย 27,936.47 บาท เมื่อคิดเงินออมเฉลี่ยเฉพาะกลุ่มที่มีเงินออม เงินออมเฉลี่ยเท่ากับ 34,670.59 บาท เงินออมต่ำสุด 1,000 บาท เงินออมสูงสุด 200,000 บาท

ตารางที่ 9 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรแสดงการได้รับเบี้ยยังชีพ และการรับรู้สาเหตุของการที่ยัง
ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสนธิ

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	170	100
ได้รับ	157	92.4
ยังไม่ได้รับ	13	7.6
การรับรู้สาเหตุการไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ	13	100
อายุเพิ่งครบ 60 ปี (รอการจัดสรร งบประมาณปีหน้า)	9	69.2
รับรู้มาว่ารัฐบาลเลื่อนการให้เบี้ยยัง ชีพเป็นขั้นต่ำอายุ 65 ปี	1	7.7
เป็นข้าราชการบำนาญ	1	7.7
เป็นพระภิกษุ	1	7.7
เป็นผู้นำชุมชน	1	7.7

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้รับเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 92.4) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่
ไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ (ร้อยละ 7.6) การรับรู้สาเหตุของการไม่ได้รับเบี้ยยังชีพ คือ รับรู้ที่อายุเพิ่งครบ 60
ปีรอการจัดสรรงบประมาณปีต่อไป (ร้อยละ 69.2) รับรู้มาว่ารัฐบาลเลื่อนการให้เบี้ยยังชีพเป็นขั้น
ต่ำ 65 ปี เป็นข้าราชการบำนาญ พระภิกษุ และ ผู้นำชุมชน ประเภทละเท่า ๆ กันคือ (ร้อยละ 7.7)

ตารางที่ 10 คุณลักษณะประชากรแสดงการรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่ได้รับหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้จากการ
ดำเนินงานจัดทำแผนชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่ได้รับหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่ได้จากการดำเนินงานจัดทำแผนชุมชน	170	100
ไม่เคยได้รับ	132	77.6
เคยได้รับ	38	22.4
จำแนกประเภทของสิ่งที่ได้รับ (ได้รับฯ มากกว่า 1 ประเภท)	45	100
ได้รับงบประมาณในการ ประกอบอาชีพ	17	37.8
ได้รับของฝาก ของที่ระลึก	11	24.4
ได้รับค่าตอบแทนเมื่อไม่สบาย	8	17.8
ได้รับความรู้	7	15.6
ได้รับการส่งเสริมให้ประกอบ อาชีพที่ไม่ใช่งบประมาณ	2	4.4

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่ได้รับหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้จากการดำเนินงานจัดทำแผนชุมชนว่าไม่เคยได้รับผลลัพธ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากการดำเนินงานจัดทำแผนชุมชน (ร้อยละ 77.6) มากกว่า การรับรู้ว่าจะเคยได้รับผลลัพธ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากการดำเนินงานจัดทำแผนชุมชน (ร้อยละ 22.4) เมื่อจำแนกประเภทการได้รับผล เป็น 5 ประเภทคือการได้รับงบประมาณในการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.8)มากที่สุด ได้รับของฝาก หรือของที่ระลึก (ร้อยละ 24.4) ได้รับค่าตอบแทนเมื่อไม่สบาย (ร้อยละ 15.6) ได้รับการส่งเสริมให้ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่งบประมาณ (ร้อยละ 4.4) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณลักษณะประชากรแสดงภูมิลำเนาเดิมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนาเดิม	170	100
ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนตำบลลำสินธุ์	107	62.9
ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนอื่น	63	37.1
ระยะเวลาการอยู่จริงในตำบลลำสินธุ์		
ต่ำกว่า 10 ปี	3	1.8
11 – 20 ปี	5	2.9
21 – 30 ปี	3	1.8
31 – 40 ปี	17	10.0
41 – 50 ปี	21	12.4
51 – 60 ปี	20	11.8
61 ปีขึ้นไป	101	59.4
Mean+/-SD ; Min :Max	59.8 +/- 17.75 ; 4 : 95	

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างภูมิลำเนาเดิมเป็นคนตำบลลำสินธุ์ (ร้อยละ 62.9) มากกว่าเป็นคนอื่น (ร้อยละ 37.1) ระยะเวลาการอาศัยอยู่จริงในตำบลลำสินธุ์ ส่วนมากอยู่ยาวนานกว่า 61 ปี (ร้อยละ 59.4) โดยมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่จริง ต่ำสุด 4 ปี และสูงสุด 95 ปี เฉลี่ยที่ 59.8 ปี กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจะมีระยะเวลาการอาศัยอยู่จริง (61.4 ปี) นานกว่าเพศชาย (57.6 ปี)

ตารางที่ 12 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน (170)	ร้อยละ (100)
สูงมาก	19	11.2
สูง	82	48.2
ปานกลาง	63	37.1
ต่ำ	6	3.5

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่(ร้อยละ48.2) อยู่ในระดับสูง โดยในเพศหญิง (ร้อยละ31.2)มีจำนวนมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ17.1) อันดับรองลงมา (ร้อยละ 37.1) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เพศหญิง(ร้อยละ22.9) มีจำนวนมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 14.1) อันดับ 3 (ร้อยละ11.2) คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งเพศหญิงมีจำนวน (ร้อยละ4.7)น้อยกว่าเพศชาย (ร้อยละ6.5) ส่วนอันดับสุดท้าย (ร้อยละ3.5) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และ เพศหญิงมีจำนวน(ร้อยละ1.2)น้อยกว่าเพศชาย (ร้อยละ2.4)

ตารางที่ 13 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์จำแนกรายด้าน และในภาพรวม

ด้านที่	องค์ประกอบ	$\bar{x}$	SD	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
1	ด้านปัญญา	3.48	0.75	ปานกลาง
2	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.67	0.68	สูง
3	ด้านร่างกาย	3.67	0.76	สูง
4	ด้านสิ่งแวดล้อม	3.75	0.69	สูง
5	ด้านจิตใจ	3.84	0.72	สูง
คุณภาพชีวิตในภาพรวม		3.69	0.65	สูง

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง 4 ด้านด้วยกันคือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 3.67$, $SD = 0.68$) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($\bar{x} = 3.67$, $SD = 0.76$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.69$) และ ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 3.84$, $SD = 0.72$) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้านคือ ด้านปัญญา ($\bar{x} = 3.48$, $SD = 0.65$)

โดยสรุปในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต ($\bar{x} = 3.69$, $SD = 0.65$) อยู่ในระดับสูง เมื่อ แยกคุณภาพชีวิตเป็นรายข้อระดับคุณภาพชีวิตเรียงลำดับจากมากไปน้อย ใน 5 อันดับแรก พบว่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ทั้ง 5 ข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในสถานที่ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ($\bar{x} = 4.29$, $SD = 0.89$) มากที่สุด และ การได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ($\bar{x} = 4.18$, $SD = 0.85$) ความสบายใจต่อความก้าวหน้าของลูกๆ แต่ละคนรวมๆ กันในปัจจุบัน ($\bar{x} = 4.13$, $SD = 0.83$) ความสามัคคีของบุคคลในครอบครัว และญาติพี่น้อง ($\bar{x} = 4.13$, $SD = 0.85$) ตามลำดับรายละเอียดในภาคผนวก ข ตารางที่ 18

เมื่อเรียงลำดับจากน้อยไปมาก ใน 5 อันดับแรก คือ ความพึงพอใจในสถานที่ของชุมชนที่ใช้ออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.84$, $SD = 1.09$) การมีโอกาสในการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆ ($\bar{x} = 2.96$, $SD = 1$) ความพึงพอใจในการออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนหย่อนใจ ($\bar{x} = 3.11$, $SD = 1.10$) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมที่เป็นสมาชิกอยู่ ($\bar{x} = 3.22$, $SD = 1.14$) ความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่างๆ ในภาพรวม ($\bar{x} = 3.22$, $SD = 1.03$) ตามลำดับ และรายละเอียด ภาคผนวก ข ตารางที่ 18

ตารางที่ 14 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

ลำดับที่	ปัจจัยที่มีผล ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Beta	R	R ²	p-value
1	อายุ (ปี)	-0.251	0.251	0.063	0.001
2	สถานภาพสมรส				
	หม้าย	-0.221	0.221	0.049	0.004
	สมรส	0.193	0.193	0.037	0.012
	แยกกันอยู่	0.104	0.104	0.011	0.179
3	การมีโรคประจำตัว				
	ไม่มี (กลุ่มอ้างอิง)				
	มี	-0.095	0.095	0.009	0.217
4	การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน				
	ไม่เป็น (กลุ่มอ้างอิง)				
	เป็น	-0.040	0.040	0.002	0.604
5	เพศ				
	หญิง (กลุ่มอ้างอิง)				
	ชาย	0.037	0.037	0.001	0.630
6	การมีหนี้สิน				
	ไม่มีหนี้สิน (กลุ่มอ้างอิง)				
	มีหนี้สิน	-0.015	0.015	0.000	0.844
7	การมีเงินออม				
	ไม่มีเงินออม (กลุ่มอ้างอิง)				
	มีเงินออม	0.018	0.018	0.000	0.818

จากตารางที่ 14 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมี 2 ปัจจัยด้วยกันคือ ปัจจัยด้านอายุ และ สถานภาพสมรสเมื่อแยกการมีผลด้านบวกและด้านลบดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านลบมากที่สุดคือ อายุ ($Beta = -0.251$) โดยมีความสำคัญ ($R^2 = 0.063$) ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.001$) รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย ($Beta = -0.221$) โดยมีความสำคัญ ($R^2 = 0.049$) ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.004$)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านบวกคือ สถานภาพสมรส ($Beta = 0.193$) โดยมีความสำคัญ ($R^2 = 0.037$) ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.012$)

ส่วนปัจจัยด้านเพศ การออมเงิน ภาระหนี้สิน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชนและ การการมีโรคหรือการเจ็บป่วยจากผลการศึกษาไม่พบว่า มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ



บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุภายในช่วงเวลา 20 ปี ของสังคมไทย จนมีกฎหมาย พระราชบัญญัติ นโยบาย เกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์และ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 170 คน ใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแนวความคิดขององค์การอนามัยโลก และการศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านปัญญา 7 ข้อ ด้านร่างกาย 9 ข้อ ด้านจิตใจ 9 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 14 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และ คุณภาพชีวิตโดยรวม 1 ข้อ รวมแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั้งสิ้น 48 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการหาค่า IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าในช่วง 0.6-1 และนำมาหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ บ้านนาปราบ ตำบลคูหาใต้ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 ชุด ผลการหาค่า Reliability ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient โดยแยกเป็นรายด้าน 1)ด้านปัญญา 0.867 2) ด้านร่างกาย 0.854 3) ด้านจิตใจ 0.914 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 0.917 5) ด้านสภาพแวดล้อม 0.926

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี (SD = 7.51) ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุระดับต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 49.4 เพศชายน้อยกว่าเพศหญิง (1:1.5) สถานะภาพสมรส ร้อยละ 64.7 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 32.4 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 48.2) และระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน อยู่ในระดับสูง 4 ด้านคือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 3.67$, SD = 0.68) ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 3.67$, SD = .76) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 3.75$, SD = 0.69) และ ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 3.84$, SD = 0.72) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้านคือ ด้านปัญญา ($\bar{x} = 3.48$, SD = 0.65)

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านอายุ และ สถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสถานภาพสมรสมีผลทางบวก ส่วนสถานภาพหม้ายมีผลทางลบ ส่วน

ปัจจัยด้านเพศ การออม ภาระหนี้สิน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆในชุมชน และภาวะการมีโรคไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สรุปผล

จากผลการวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงพบว่าอยู่ในระดับสูง เมื่อแยกรายด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง 4 ด้านคือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านร่างกาย ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจ ส่วนด้านปัญญาคูณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง การศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอายุและสถานภาพสมรสมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง โดยสถานภาพสมรสมีผลด้านบวกส่วนอายุและสถานภาพหม้ายมีผลด้านลบ

ภายใน 20 ปีข้างหน้า คือปีพ.ศ. 2563 ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุงต้องรับภาระการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงหลังอายุเฉลี่ยสุขภาพดี ในสัดส่วนที่สูงขึ้น จึงควรเตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์และการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของสังคมไทยและวัฒนธรรมไทยได้นั้นจะต้องประกอบไปด้วย คุณภาพชีวิตด้านปัญญา ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น อายุ สถานภาพสมรส ให้ความสำคัญกับการทดแทนความเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุแม้จะมีวัยที่สูงขึ้นและมีสถานภาพหม้าย

การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุควรเริ่มจากผู้สูงอายุดูแลตนเอง รวมกลุ่มกันเองเป็นชมรม มีครอบครัวเป็นฐานในการดูแลใช้ค่านิยมตอบแทนบุญคุณ เคารพผู้สูงอายุระหว่างวัย มีชุมชนทำหน้าที่ในการประสานลดช่องว่างเมื่อบริการส่วนใดส่วนหนึ่งขาดไป โดยใช้กฎหมาย พระราชบัญญัติ นโยบาย และ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นเครื่องมือ และควรสร้างนโยบายเฉพาะในชุมชน ตามบริบทและวัฒนธรรมของตนเอง โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี และคุณค่าของมนุษย์ ใช้ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในด้านปัญญาให้สูงขึ้น

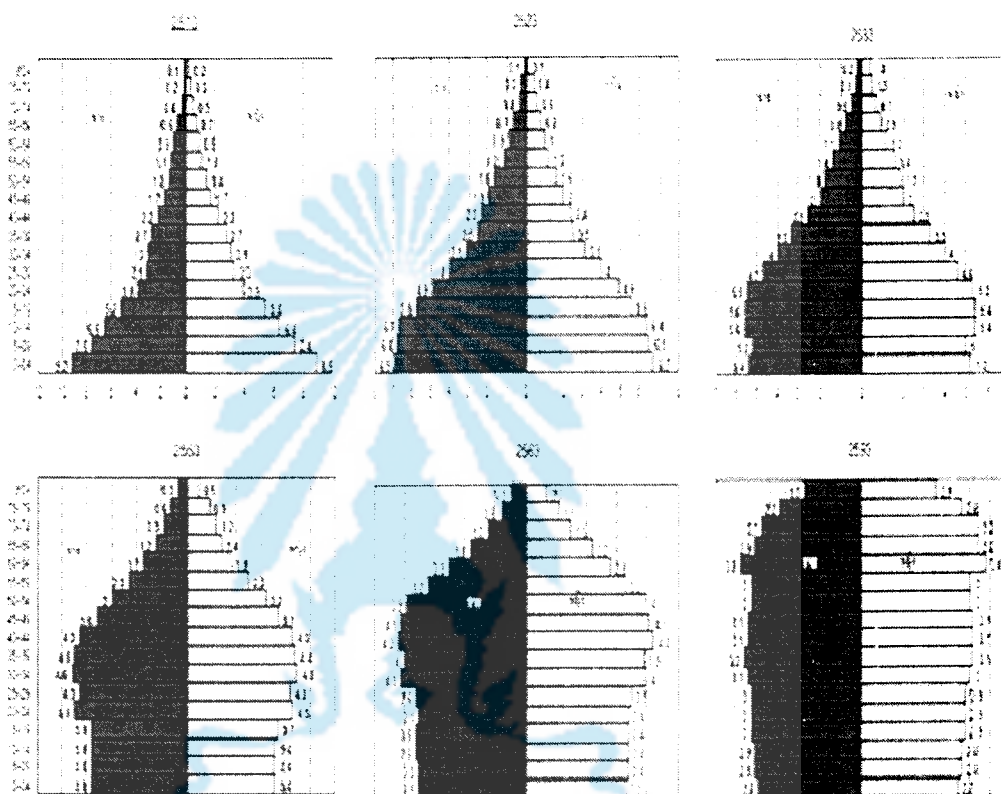
อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง จำนวน 170 คน ผลการศึกษาผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่าผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี ($SD = 7.51$) ผู้สูงอายุหญิงอายุเฉลี่ย 71.3 ปี ($SD = 7.53$) ผู้สูงอายุชายอายุเฉลี่ย 68.8 ปี ($SD = 7.29$) อายุ 60 – 64 ปี ร้อยละ 25.3 อายุ 65 – 69 ปี ร้อยละ 24.1 อายุ 70 – 74 ปี ร้อยละ 21.8 อายุ 75 – 79 ปี ร้อยละ 17.6 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 49.4 สอดคล้องกับผลสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 ประชากรผู้สูงอายุวัยต้นมีจำนวนมากที่สุด คือร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, 2551 : 11) และ อีก 10 ปี (ปี พ.ศ. 2563) ต่อไป ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุในวัยกลาง (70-79 ปี) และ อีก 20 ปี (พ.ศ. 2573) จะกลายเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย คืออายุ 80 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการคาดการณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550 : 4-6) ว่าปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะเป็นประเทศที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะ สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จากผลของความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ และ เทคโนโลยี บุคคลสูงอายุจะมีชีวิตยืนยาวขึ้น ตามการคาดการณ์อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดในช่วงปี พ.ศ. 2543-2548 อยู่ที่ 71 ปี แต่ในช่วงพ.ศ. 2568-2573 อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพิ่มเป็น 76.8 ปี ทำให้ในอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยมีแนวโน้มผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยปลาย เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ดังเช่นแผนภูมิ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2552 : 5-12)

ปิระมิดประชากรไทยปี พ.ศ. 2513-2593



ภาพที่ 3 ปิระมิดประชากรไทยปีพ.ศ. 2513-2593

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552 : 7)

พบว่าผู้สูงอายุขายน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง (1:1.5) เช่นเดียวกับการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุของประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ของวิภาดา คุณาวิคิตกุล เมื่อปีพ.ศ. 2547 พบว่าผู้สูงอายุไม่มีความสมดุลทางเพศโดยผู้สูงอายุเพศขายน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง 1 : 1.23 (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. 2548 : 11) และผลการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550 ชายน้อยกว่าหญิง 1:1.24 (สมศักดิ์ ชุนห์รัมย์. 2551 : 14) และผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบนขายน้อยกว่าหญิง 1:2.03 (วรรณภา กุมารจันทร์. 2543 : 50) และ พบว่าผู้สูงอายุหญิงเริ่มมีจำนวนสูงกว่าผู้สูงอายุชายเมื่ออายุอยู่ในช่วง 65-69 ปี (1:1.04) และ เริ่มสูงอย่างเด่นชัดเมื่ออยู่ใน ช่วงอายุ 70-74 ปี (1:2) สาเหตุอาจเนื่องจาก เพศชายมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสูญเสียชีวิต จากพฤติกรรมการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน มากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ยเพศหญิงจึงสูงกว่าเพศชาย ทำให้เรื่องของผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง แต่ทั้งนี้การดำเนินการด้านผู้สูงอายุควรเตรียมพร้อมทั้งเพศหญิงและเพศชาย และสาเหตุดังกล่าวส่งผลไปสู่สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ

พบว่าสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะภาพสมรส ร้อยละ 64.7 ในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้งเพศชายและหญิง ส่วนสถานภาพหม้าย ร้อยละ 32.4 พบว่าสถานภาพหญิงหม้าย (ร้อยละ 28.2) มากกว่าชาย (ร้อยละ 4.1) ถึง 7 เท่าตัว และสถานภาพแยกกันอยู่ ร้อยละ 2.4 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย ในปี 2550 พบว่าสถานะภาพสมรส ร้อยละ 62.5 สถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 34.8 โสดร้อยละ 2.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551 : 19) และ พบว่าผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 9.3 โดยผู้สูงอายุหญิงอยู่คนเดียว (ร้อยละ 6.4) มากกว่าผู้สูงอายุชายอยู่คนเดียว (ร้อยละ 2.6) ซึ่งอาจเกิดจากอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดชายน้อยกว่าอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดหญิง 7 ปี หรืออาจจะเกิดจากเหตุการณ์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุหญิงมีสถานภาพหม้ายมากกว่าผู้สูงอายุชาย

ด้านภาวะการเป็นโรค พบว่าผู้สูงอายุรับรู้เจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.6) มากกว่าการรับรู้ไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 29.4) โรคที่ผู้สูงอายุรับรู้เจ็บป่วย 5 อันดับแรกคือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อ นอนไม่หลับ และ โรคเกี่ยวกับตา และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2545 พบว่าโรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ และ โรคเกี่ยวกับตา (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. 2548 : 11) สอดคล้องกับผลการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย พบว่ากลุ่มโรคหรืออาการที่พบมากในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ปวดข้อ/ปวดเมื่อย ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง เวียนศีรษะและโรคทางตา (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. 2549 : 45) จากอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของคนไทยอยู่ที่ 60.1 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 20.3 ปี ผู้สูงอายุหญิงอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 21.5 ปี ผู้สูงอายุชายมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 19.1 ปี (กรชนก วุฒิสวมวงศ์กุล, ผุสดี ธรรมมานวัตร, จันทพงศ์ อินทร์สุด, คลินพร สนธิรักษ์ และภาณี พลากรกุล. 2552 : 6) แสดงให้เห็นว่าต้องรับภาระเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุไปอีก 19-21 ปี

ด้านการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 94.1) มากกว่า ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 5.9) ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.6) ซึ่งอัตราการไม่ได้เรียนหนังสือต่ำกว่าผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย (ร้อยละ 15.5) เกือบ 3 เท่าตัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะตามอัตลักษณ์ของคนได้เป็นคนชอบเรียนรู้ ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ (อาคม เดชทองคำ 2543 : 206) และปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถอ่านหนังสือได้ (ร้อยละ 85.9) เขียนหนังสือได้ (ร้อยละ 85.3) ทั้งนี้อาจเกิดจากภาวะสุขภาพเช่นปัญหาด้านสายตา ที่ไม่เอื้อต่อการอ่านหนังสือ หรือเขียนหนังสือ

ด้านการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน (ร้อยละ 83.5) มากกว่าการไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มใดๆ (ร้อยละ 16.5) ในชุมชน เพศหญิงเป็นสมาชิกกลุ่ม

ต่างๆ มากกว่าเพศชาย โดยสามารถเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้มากกว่า 1 กลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการเป็นสมาชิกทุกกลุ่มรวมกันกลุ่มที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกมากที่สุดคือกลุ่มออมทรัพย์ (ร้อยละ 36.3) รองลงมาคือ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 32.6) หากคิดจากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าเป็นสมาชิกชมรมกับผู้สูงอายุทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 58.23 และ 52.35 ตามลำดับซึ่งต่างจากการรายงานของชีนา วิชชาวุธ (2552 : ณ) รายงานว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 25 เท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทั้งที่การวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลและให้บริการกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ (มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และอัจฉรา เอนซ์ 2541 : 94) โดยวิธีการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รายงานว่าผู้สูงอายุต้องการทำกิจกรรมร่วมกัน ต้องการความเกื้อหนุนจากชุมชน แต่ชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุเนื่องจากขาดผู้นำและผู้ที่มีความคิดริเริ่ม ทั้งนี้อาจเกิดจากพื้นฐานของคนใต้ที่อยู่ห่างไกลจากเมืองหลวงรัฐบาลเข้ามาช่วยเหลือซ้ำ หรือ การแก้ไขปัญหามาไม่ตรงจุดก่อให้เกิดความเดือดร้อนมากขึ้นตั้งแต่สมัยที่เกิดเหตุการณ์คอมมิวนิสต์ในยุค ถึงแดง แกนนำชาวบ้านจึงต้องมีการรวมกลุ่มกันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน (อัญธิชัย ศิริเทศ. 2547 : สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2553 http://www.thaingo.org/story3/red_tang.htm) จนเกิดผลดีขึ้น การรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนต่อเนื่องมาจนถึงยุคปัจจุบัน

ด้านการประกอบอาชีพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ (ร้อยละ 67.6) ซึ่งมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.4) และอาชีพที่ผู้สูงอายุประกอบในปัจจุบันคือ อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 63.4) รองลงมาคือ อาชีพ กรรมกร/รับจ้างทั่วไปและ ค้าขาย (ร้อยละ 10.7) สอดคล้องกับการสำรวจในช่วง 6 ปี (ปีพ.ศ.2545 – 2550) ผู้สูงอายุไทยส่วนมาก (ร้อยละ 59.2) ยังคงทำงานในภาคเกษตรกรรม และด้วยพื้นฐานสภาพพื้นที่ของภาคใต้ทรัพยากรทางธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ส่งเสริมให้อาชีพของคนใต้คืออาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นระบบที่มีการเกื้อกูลกันในครอบครัว ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ประกอบกับการทำงานในภาคเกษตรกรรมไม่มีการกำหนดอายุเกษียณ (สมศักดิ์ ชุนหรัศม์. 2551 : 71) แม้จะอยู่ในวัยสูงอายุแล้วก็สามารถที่จะทำงานได้และค่อยๆ ถ่ายโอนให้ลูกหลานเรื่อยๆ จนกว่าจะทำงานไม่ไหวแล้วจริงๆ และจากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551 : 24) ผู้สูงอายุวัยต้นยังต้องการทำงานร้อยละ 50 ผู้สูงอายุวัยกลางต้องการทำงานร้อยละ 23.1 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยยังคงมีพลังในการทำงานตามความสามารถที่จะทำได้ จึงเป็นโอกาสที่ชุมชนตำบลลำสินธุ์ หรือ ผู้เกี่ยวข้องควรจะศึกษาอาชีพ ที่เหมาะสมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุประกอบอาชีพด้านการเกษตรต่อไปเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ หรือแรงงานในอนาคต เช่น ปราชญ์ทางการเกษตร เกษตรอินทรีย์ จะเป็นการช่วยลดภาระการพึ่งพาผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่า และมีศักดิ์ศรี

แต่เมื่อพิจารณาแหล่งรายได้ผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้มากกว่า 1 แหล่ง พบว่าได้จากสวัสดิการผู้สูงอายุ (ร้อยละ 36.3) อันดับแรก ลูกหลานให้ (ร้อยละ 26.0) และ จากการทำงานเอง (ร้อยละ 25.6) ในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 ได้กำหนดให้รัฐให้เบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุ เดือนละ 500 บาท ซึ่งในเขตพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ผู้สูงอายุได้รับทุกคนยกเว้นผู้สูงอายุที่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ จากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เช่นข้าราชการบำนาญ และ บุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปี ต้องยื่นลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นก่อน จึงต้องรอการจัดสรรงบประมาณต่อไป แต่จะจัดสรรให้ย้อนหลังตั้งแต่ผู้สูงอายุ อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ จึงนับว่าผู้สูงอายุในเขตตำบลลำสินธุ์ได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพทุกคนตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546

ภาระหนี้สินพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 68.8) ส่วนน้อยที่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 31.2) หนี้สินเฉลี่ยคนที่เป็หนี้ 61,052.83 บาท (SD = 75,697.18) โดยมีหนี้ค่าสุด 2,000 บาท สูงสุด 500,000 บาท โดยเพศชายมีหนี้สินมากกว่าเพศหญิง จากข้อสังเกตจะเห็นว่า มีบุคคลที่เป็นหนี้สินในจำนวนสูง คือ 500,000 บาท ทำให้ค่าเฉลี่ยของคนเป็นหนี้สินอื่นๆ สูงตามไปด้วย โดยดูจากค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงกว่าค่าเฉลี่ย เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของคนไทยทั่วประเทศพบว่าคนไทยทั่วประเทศเป็นหนี้ร้อยละ 46.9 และภาคใต้เป็นหนี้ร้อยละ 40.8 เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ (ณดา จันทรุสม , สิทธิเดช นิลสัมฤทธิ์ และวัฒนา วัฒนพงศ์. 2550 : 38) ถือว่าผู้สูงอายุชุมชนลำสินธุ์เป็นหนี้สินน้อยกว่ามาก

ด้านเงินออมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเงินออม (ร้อยละ 80.0) เงินออมเฉลี่ยเฉพาะคนที่มีเงินออม 34,670.59 บาท (SD = 40,427) โดยผู้สูงอายุชายมีเงินออมเฉลี่ย (34,591.18 บาท) มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (23,166.67 บาท) ส่วนผู้สูงอายุส่วนน้อย (ร้อยละ 20.0) ที่ไม่ได้ออมเงิน และมีจำนวนน้อยกว่าผู้สูงอายุไทย ตามรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. 2551:82) พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 31.3 ไม่ได้ออมเงินหรือทรัพย์สิน และการออมส่วนบุคคลเทียบกับรายได้ คิดเป็นร้อยละ 9.1 ถือว่าเป็นการออมที่น้อยมาก สะท้อนให้เห็นว่าคนไทยไม่ให้ความสำคัญกับการออม แม้ว่ารัฐบาลจะสนับสนุนการออม ในรูปแบบต่างๆ เช่น การลดหย่อนภาษีเงินได้ส่วนบุคคลเมื่อมีการออมเงิน กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข) และพบว่าผู้สูงอายุไทยกว่า 30 ล้านคนยังขาดหลักประกันที่มั่นคงทางรายได้ยามชราเนื่องจากหลักประกันทางรายได้ยามชราของรัฐดำเนินได้เฉพาะผู้ที่ทำงานในระบบเพียง 12.7 ล้านคนเท่านั้นถือว่าน้อยมาก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2552 : 36) นับว่าเป็นจุดแข็งของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ ที่ให้ความสำคัญกับการออม แม้จำนวนเงินออมจะมีน้อย แต่เป็นโอกาสดีที่จะให้แก่นำผู้สูงอายุ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนกิจกรรม

การออม ในกลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุ และ วัยสูงอายุให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันชีวิตในอนาคต

ด้านการรับรู้ต่อผลลัพธ์ที่ได้รับหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้รับจากการดำเนินงานจัดทำแผนชุมชนพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีเคยได้รับผลจากการดำเนินงานตามแผนชุมชน (ร้อยละ 77.6) มากกว่าการรับรู้ว่ามีเคยได้รับผลจากการดำเนินงานตามแผนชุมชน (ร้อยละ 22.4) เมื่อแยกประเภทจากสิ่งที่รับรู้ ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องการประกอบอาชีพ การได้รับของฝากของที่ระลึก และ การได้รับค่าตอบแทนเมื่อไม่สบาย การได้รับความรู้ และการได้รับการส่งเสริมให้ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่งบประมาณ ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าชุมชนให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของแผนชุมชนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อที่จะ แก้ไขปัญหาความยากจน และให้ชุมชนพึ่งพาตนเองได้ (พรรณทิพย์ เพชรมาก. 2547 : 6) จึงเป็นโอกาสที่แกนนำจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานที่เกิดขึ้นตามแผนชุมชน

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิม อยู่ตำบลลำสินธุ์ อายุการอยู่จริงมากกว่า 61 ปี มากถึงร้อยละ 59.4 อยู่ต่ำกว่า 20 ปี เพียงร้อยละ 4.7 ซึ่งถือว่าเป็นคนภูมิลำเนาเดิมเป็นผลให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนมีความผูกพันกันสูง ตามอัตลักษณ์ของชาวลำไ้ที่มีนิสัยกตัญญู นับถือบรรพบุรุษ นับถือครูบาอาจารย์ ผูกคอง และรักพวกพ้อง (อาคม เดชทองคำ 2543 : 206) และถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม จะเปลี่ยนไปมาก แต่ครอบครัวในชนบทยังคงรักษาประเพณีวัฒนธรรมในการดูแลซึ่งกันและกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549 :36) ดังนั้นแกนนำ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรที่จะคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ เพื่อเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป อย่างเช่น รายงานการวิจัยโครงการนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายुरายงานว่า มาเลเซียและเกาหลีได้ใช้กลยุทธ์ในเรื่องความกตัญญูเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของครอบครัวในหลายๆ รุ่น โดยบรรจุลงในระบบการศึกษาทั้งในและนอกระบบ มีการให้ข้อมูลข่าวสารสื่อมวลชน เพื่อให้ครอบครัวเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ (เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ์. 2545 : 12)

2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.2) อยู่ในระดับสูง และพบว่าจำนวนผู้สูงอายุหญิงมีคุณภาพชีวิตสูง มากกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีมากกว่าในขณะที่การศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2543 : 53) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเกิดจากการใช้แบบสอบถามคนละชนิดโดยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนใช้แบบสอบถามของ WHO ฉบับย่อซึ่งดัดแปลงเป็น

ภาษาไทย ส่วนการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเองโดยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ WHO ฉบับย่อและการศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ แต่ไม่ทิ้งประเด็นการศึกษาครั้งนี้ศึกษาระดับตำบล ซึ่งชุมชนตำบลลำสินธุ์เป็นชุมชนพึ่งตนเอง ลักษณะของชุมชนยังคงเป็นลักษณะของชนบท ที่ยังสามารถพึ่งพาตนเอง พึ่งพาซึ่งกันและกัน ใช้วิถีชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียง โดยดูได้จากเวลาที่เก็บข้อมูลพบบ้านผู้สูงอายุแทบทุกหลังปลูกผักพื้นบ้านไว้รอบๆ บ้าน ขณะเก็บแบบสอบถามจะมีเพื่อนบ้านมาทักทายและถามความเป็นมา หรือบ้างก็มาเก็บผักข้างบ้านของผู้สูงอายุไปทำอาหาร หรือบ้านบางหลังที่ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังจะมีบ้านลูกหลานอยู่ล้อมรอบพบเจอกันทุกวัน แม้แต่ขณะทำแบบสอบถามจะมีลูกหลานเล็กๆ มาคอยดูแลและฟัง พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุร้องเพลงกล่อมเด็กให้ฟังหลังจากเก็บแบบสอบถามเสร็จสิ้น ข้อมูลที่มาสนับสนุนในเรื่องนี้คือ คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มากที่สุด ในห้าอันดับแรกคือ ความพึงพอใจในสถานที่ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน การได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ความสบายใจต่อความก้าวหน้าของลูกๆ แต่ละคนรวมๆ กันในปัจจุบัน ความสามัคคีของบุคคลในครอบครัว และญาติพี่น้อง

ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากน้อยไปมาก 5 อันดับแรกคือ ความพึงพอใจในสถานที่ของชุมชนที่ใช้ออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.84$, $SD = 1.09$) การมีโอกาสในการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆ ($\bar{x} = 2.96$, $SD = 1$) ความพึงพอใจในการออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนหย่อนใจ ($\bar{x} = 3.11$, $SD = 1.10$) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมที่เป็นสมาชิกอยู่ ($\bar{x} = 3.22$, $SD = 1.14$) ความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่างๆ ในภาพรวม ($\bar{x} = 3.22$, $SD = 1.03$) ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจน้อยในการเกื้อหนุนเรื่องสถานที่การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ทั้งๆ ที่ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ระบุไว้ชัดเจนว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 ระบุไว้ชัดเจนว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริม การพัฒนาตนเอง ดังนั้นจึงเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุจะรักษาสิทธิในการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลเรื่องสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน

และเมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตตามรายด้านพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง 4 ด้านด้วยกัน เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($\bar{x} = 3.84$, $SD = 0.72$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{x} = 3.75$, $SD = 0.69$) ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 3.67$, $SD = 0.76$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{x} = 3.67$, $SD = 0.68$) และ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 1 ด้านคือ ด้านปัญญา ($\bar{x} = 3.48$, $SD = 0.65$)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านปัญญา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.48$, $SD = 0.65$) เมื่อศึกษาข้อย่อยในองค์ประกอบด้านนี้ทั้งหมด 8 ข้อ (ภาคผนวก ข ตารางที่ 19) พบว่า 5 ข้อที่ได้คะแนนอยู่ในระดับ สูง เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ความเข้าใจชีวิตตนเอง การมีความกระตือรือร้นแสวงหาความรู้ อยากรู้ อยากเห็นข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากชุมชน(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัคร/อบต) ความสามารถในการแก้ไขปัญญาที่เกิดขึ้น(เช่นคิดเป็นแก้ปัญหาเป็น หรือดับทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเป็น) ซึ่งเมื่อศึกษาจากผลการวิจัยอื่นๆ ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านปัญญา สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดของพระพรหมมงคลจารย์ (พระพุทธรักษาภิกขุ) เรื่องปัญญาเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้มีสุขภาพดี แบบองค์รวม สอดคล้องกับแนวคิดของ ศศิพัฒน์ ขอดเพชร (2549 : 35) ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทของสังคมไทยและวัฒนธรรมไทยจะต้องประกอบไปด้วย คุณภาพชีวิตด้าน กาย จิต สังคม และ ปัญญา ส่วนข้อที่ได้คะแนนปานกลาง 3 ข้อ คือ การมีโอกาสได้ใช้ความรู้ให้เกิดประโยชน์ การรับรู้ความรู้ความสามารถของตนเอง โอกาสในการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆ ซึ่ง ตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุไทยควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง และ ควรได้รับการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ ให้กับสังคม ตามแนวคิดของแกนนำชุมชนตำบลลำสินธุ์ (อุทัย บุญคำ, ผู้ให้สัมภาษณ์, ดวงใจ คำคง ผู้สัมภาษณ์, ที่เครือข่ายสินธุ์แพรทอง ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรินครินทร์ จังหวัดพัทลุง เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2552) ได้กล่าวไว้ว่า “...ผู้สูงอายุเป็นขุมความรู้ของชุมชน...” แต่จะหาอย่างไรที่จะให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้กับสังคมชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าในตนเอง ตามปรัชญาแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้กล่าวไว้ว่า “ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณประโยชน์ต่อสังคม สมควรส่งเสริมให้ทรงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด.. ” (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2553 : ค) เช่นเดียวกับแนวคิดของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อิสระ สมชัย. 2553 : 4) กล่าวว่า “ ผู้สูงอายุคือผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตสั่งสมทักษะ ความรู้ ความสามารถเปรียบเสมือนตำราที่มีชีวิต หรือเป็นคลังสมองของแผ่นดิน” จาก นโยบายระดับประเทศ แนวคิดของผู้นำระดับประเทศและ แกนนำชุมชน นับว่าเป็นโอกาสของตำบลลำสินธุ์ที่จะ จัดทำห้องสมุดชุมชน โดยสนับสนุน การเรียนรู้ ส่งเสริมให้เกิดเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต และ การถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชนให้สอดคล้องกับต้องการของผู้สูงอายุ และ ชุมชนประกอบกับวัฒนธรรมพื้นฐานของชุมชนตำบลลำสินธุ์จะช่วยเหลือตัวเองและแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีการสร้างความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม และแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้รู้ (อภิชัย ศิริเทศ. 2547 : สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2553 จาก http://www.thaingo.org/story3/red_tang.htm) และ เป็นโอกาส ที่จะให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมในชุมชนได้มากขึ้น

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ พบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งเมื่อ ศึกษาในข้อย่อย (ภาคผนวก ข ตารางที่ 21) พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกข้อ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต ตามทฤษฎีเชิงจิตวิทยา ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่รับผลจากการกระทำของชีวิต หากผู้สูงอายุยอมรับและเข้าใจชีวิตของตนเองได้ ก็จะทำให้ชีวิตมีความสุข ดังเช่นการศึกษาความสุขของคนไทย พบว่ากลุ่มคนที่มีความสุขที่สุดคือ กลุ่มคนอายุ 50 ปีขึ้นไป (นพดล กรรณิกา. 2553 : สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/17806>) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุ อยู่ในภาคเกษตรกรรม และ อยู่ในภูมิลำเนาเดิม การเปลี่ยนบทบาทจะค่อยๆ เปลี่ยนถ่ายให้ลูกหลาน หรืออาจเปลี่ยนไม่มากนัก และ สิ่งแวดล้อมยังคงเดิม ตามที่ทฤษฎีบทบาทได้กล่าวไว้ว่าการเปลี่ยนบทบาทของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง เมื่อศึกษาข้อย่อย (ภาคผนวก ข ตารางที่ 23) พบว่าทุกข้ออยู่ในระดับสูงยกเว้น สถานที่ที่ใช้ในการออกกำลังกายในชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดูแลเรื่องนี้ตามหน้าที่

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง และ เมื่อศึกษารายละเอียดข้อย่อยแต่ละข้อทั้ง 9 ข้อ (ภาคผนวก ข ตารางที่ 20) พบว่าคะแนนอยู่ในระดับสูงทุกข้อยกเว้น เรื่องภาวะสุขภาพมีผลดีในการดำเนินชีวิต คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุพอใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ความสามารถที่ทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวันและ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง (หมายถึงการเคลื่อนไหวด้วยตัวเอง) มีความพึงพอใจในการได้รับการรักษา/การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การนอนหลับพักผ่อน และ ความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมาก่อน รวมทั้งสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ผู้สูงอายุรับรู้ที่ ภาวะสุขภาพมีผลในการดำเนินชีวิต ตามทฤษฎีเชิงชีวภาพก็ได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่าความสามารถของร่างกายผู้สูงอายุจะลดน้อยลงไปตามอายุที่มากขึ้น

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับสูง เมื่อศึกษาข้อย่อย (ภาคผนวก ข ตารางที่ 22) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ในระดับครอบครัวอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัวในระดับสูง และความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนๆ ในชุมชนอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ส่วนความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือชมรมที่สังกัดอยู่ และ ความพึงพอใจในการช่วยเหลือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านอายุ และ สถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านลบมากที่สุดคือ อายุ ($Beta = -0.251$) โดยมีความสำคัญอันดับ 1 ($R^2 = 0.063$) ต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.001$) รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย ($Beta = -0.221$) โดยมีความสำคัญอันดับ 2 ($R^2 = 0.049$) ต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.004$) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านบวกคือ สถานภาพสมรส ($Beta = 0.193$) โดยมีความสำคัญอันดับ 3 ($R^2 = 0.037$) ต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.012$)

ส่วน ปัจจัยด้านเพศ การออม ภาระหนี้สิน การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน และ ภาวะการมีโรคไม่มียาผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต่างจากผลการศึกษาของ พงนา ศรีเจริญ (2548 : 86) รายได้ ภาระหนี้สิน เงินออม การเป็นสมาชิกกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ที่ 0.05 ในขณะที่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การศึกษาพบว่าอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นไปตามทฤษฎีเชิงชีวภาพชี้แจงไว้ชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในร่างกายจะเสื่อมสภาพ การทำหน้าที่ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป และทำให้ร่างกายเกิดภาวะถดถอย ตรงกับการศึกษาของวรรณากุมารจันทร์ (2543 : 61) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน ในขณะที่การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดขอนแก่นพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบทจังหวัดขอนแก่น (จินตนา ศรีธรรมมา. 2539 : 88) การศึกษาของพจนาศรีเจริญ (2548 : 71) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสมาคมข้าราชการนอกประจำการจังหวัดเลย เห็นว่าแม้อายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตแต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเข้าสังคม

การศึกษาพบว่าสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่าสถานภาพสมรสมีผลในด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ สถานภาพหม้ายมีผลลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวที่ว่าหญิงสูงอายุที่ครองชีวิตคู่ มักเป็นคนที่มีความสุขจิตใจดี มีกำลังใจในชีวิต สามารถเผชิญความเครียดได้ดี มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับมนุษย์ด้วยกัน (นงพวง ลิ้มสุวรรณ. 2547 : สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553. จาก <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=871>) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (2538 : สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2552. จาก http://www.suicidethai.com/abstract/abstract_detail.asp?ntitle) พบว่าสตรีสูงอายุที่มี

สถานภาพสมรรถนะคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีสูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาครั้งนี้ควรดูแลกลุ่มผู้สูงอายุสถานภาพหม้ายเป็นพิเศษกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรสอื่นๆ ต่างกับการศึกษาของพจนา ศรีเจริญ (2548 : 71) สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกประจำการจังหวัดเลย

การศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของพจนา ศรีเจริญ (2548 : 86) เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสมาคมข้าราชการนอกประจำการจังหวัดเลย แม้เพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคคล บุคลิกภาพของคนในสังคม แต่สังคมของชุมชนตำบลลำสนธิมีอาชีพด้านเกษตรกรรม ทั้งหญิงและชายมีกิจกรรมคล้ายๆ กัน และ มีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของชุมชนได้เหมือนกัน ต่างจากการศึกษาของกรณีการ หนูสอน (2543 : สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4061>) การใช้พลวัตกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้มากกว่า และ การศึกษาของวรรณภา กุมารจันทร์ (2543 : 60) เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน โดยที่เพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเพศอาจจะมีผลหรือไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ รวมด้วย

พบว่าภาระหนี้สินไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะที่ผลการศึกษาของพจนา ศรีเจริญ (2548 : 81) ระบุว่าภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของอาคม ปฐมสีกากุล (2551 : 147) พบว่าภาระหนี้สินมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้เพราะภาระหนี้สินทำให้การปรับปรุงที่อยู่อาศัย และการซื้อสินค้าอุปโภคบริโภคได้น้อยลงไม่ตอบสนองความต้องการ และ ผลการศึกษาของ อรุณฯ โล่ห์อุบล (2546 : 139) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่เข้าพักในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่อง รายได้ไม่เพียงพอ มีภาระหนี้สิน ไม่มีลูกหลาน และมีสถานภาพหม้าย แม้การศึกษาครั้งนี้พบว่าภาระหนี้สินไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แต่จากข้อมูลพบว่าผู้สูงอายุหญิงหม้าย มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป และมีผู้สูงอายุอยู่คนเดียวถึง ร้อยละ 9.3 แสดงให้เห็นว่าภาระหนี้สินมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตได้ แม้ข้อมูลของชุมชนลำสนธิแสดงให้เห็นว่าคนที่เป็หนี้สินในชุมชนมีความสามารถชำระหนี้สินได้ ร้อยละ 99 (เครือข่ายสินแพรทอง. สืบค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2552 จาก <http://www.sinpraethong.ob.tc/index.html>) แก่นนำและผู้เกี่ยวข้องควรศึกษาถึง สภาพการณ์ภาระหนี้ของผู้สูงอายุ ให้ชัดเจนขึ้นและปัจจัยที่มีผลต่อการมีภาระหนี้สิน เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การศึกษาพบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชนไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ขณะที่การศึกษาของพจนนา ศรีเจริญ (2548 : 86) พบว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกระจำการในจังหวัดเลย ที่เป็นเช่นนี้อาจจะมีผลมาจากผู้สูงอายุเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชนมากถึง ร้อยละ 83.5 และโดยธรรมเนียมของชุมชน ตำบลลำสินธุ์จะมีการรวมกลุ่มกันแบบไม่เป็นทางการ อยู่เสมอๆ เช่น งานประเพณีต่างๆ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และ การศึกษาครั้งนี้ยัง ไม่ได้ศึกษา กิจกรรมของแต่ละชมรม ว่ามีกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมอะไรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือ ความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากพลวัตกลุ่มเป็นแรงผลักดันจากภายในกลุ่มที่สามารถนำมาใช้ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทักษะคิด อันจะเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ภายในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ตามผลการศึกษาการใช้พลวัตกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย (กรรณิการ์ หนูสอน. 2543 สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=4061>)

นอกจากนี้ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2550 : สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.thainhf.org/index.php?module=news&page2=detail&id=195>) ได้กล่าวไว้ในการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เรื่องทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ว่าผู้สูงอายุไทยพึ่งพิงครอบครัวได้น้อยลง เพราะจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้สูงอายุจะลดลงจาก 4 คนเหลือแค่ 3.2 คนเท่านั้นในปีพ.ศ.2561 และผลการสำรวจในปี 2550 พบว่าร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุที่มีบุตรอยู่นอกครัวเรือน ไม่มีการมาเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุในรอบ 1 ปี การสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงต้องพึ่งพิงชุมชนร่วมด้วย หากชุมชนตำบลลำสินธุ์ สืบสานวัฒนธรรมชาวใต้ คือ วัฒนธรรมเครือญาติ วัฒนธรรมเกลอ น้าจุ๋แจ่งของความกตัญญู กิจกรรมรำลึกถึงบรรพบุรุษ เช่น ประเพณีการรำลึกถึงแดง การทำบุญเดือนสิบ พร้อมกับดำเนินกิจกรรมประเพณีเรื่องกิจกรรมลากพระ หรือแม่วันผู้สูงอายุ ให้เกิดความสัมพันธ์แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น มีการเยี่ยมเยือนให้กำลังใจผู้สูงอายุ ปัญหานี้อาจจะเบาบางลง หรืออาจไม่มีเลย

การศึกษาพบว่าปัจจัยการออมไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในขณะที่ยกระดับประเทศมีนโยบายในเรื่องการออมเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเกิดจากเงินออมเฉลี่ยซึ่งอยู่ที่ 27,936.47 บาท (SD = 40,427 บาท) เงินออมต่ำที่สุดอยู่ที่ 2,000 บาทซึ่งถือว่าไม่แตกต่างกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (1,667 บาท) ของผู้สูงอายุไทยที่มีรายได้ต่ำกว่า เส้นความยากจน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551 : 108) และ พบว่าแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุที่มาจากเงินอ้อมมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 10) และจากสภาพการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ พึ่งพิง

ธรรมชาติที่อยู่รอบๆ ตัวเช่นอาหารที่ทำได้ตามธรรมชาติ และ ผักสวนครัวรอบๆ บ้าน ความจำเป็นในการใช้จ่ายเงินจึงน้อย แต่อย่างไรก็ตาม การออมยังเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากปัจจุบันโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์กลุ่มอายุ 60- 69 ปี มีมากถึง ร้อยละ 49.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อนับจากปัจจุบันไป 20 ปี (พ.ศ. 2573) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีอายุ 80 – 89 ปี ซึ่งจะอยู่ในภาวะพึ่งพา มากขึ้น จำเป็นต้องนำเงินออมมาใช้จ่ายสูงขึ้น และจากนโยบายรัฐบาลและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติให้ความสำคัญในการออมเงินเพื่อเป็นสวัสดิการเมื่อวัยสูงอายุต้องพึ่งพา และ เมื่อศึกษาการแก้ไขปัญหาดังกล่าวผู้สูงอายุหลายประเทศให้ความสำคัญกับหลักประกันด้านรายได้โดยการออม เช่น ประเทศมาเลเซีย นายจ้างและลูกจ้าง ต้องสมทบเงินออม ในอัตราส่วนร้อยละ 12 และ 11 ของรายได้ และ ต้องแบ่งเงินเข้าบัญชี 3 บัญชี ในอัตราส่วน 60 30 และ 10 ตามลำดับ และ ลูกจ้างจะถอนเงินได้ไม่เกินตามข้อตกลงตามความจำเป็น แต่ต้องมีส่วนที่เหลือ ไว้ใช้ในบัญชี และทยอยถอนมาใช้ยามชรา (มัทนา พนานิรามย์. 2545 : 4) ถึงแม้การออมจะไม่มีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปัจจุบันแต่อาจมีผลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอนาคต และ หากเทียบกับโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยที่จ่ายเงินให้กองทุนสุขภาพตำบล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบงบประมาณเพิ่มเติมตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และ เมื่อศึกษาการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ตำบลลำสินธุ์ในสมัย พ.ศ. 2540 ภาวะเศรษฐกิจฝืดเคือง พบว่าชุมชนตำบลลำสินธุ์มีหนี้สิน และ การใช้จ่ายที่เกินความจำเป็นมากกว่ารายได้ ร้อยละ 10 จนแกนนำชุมชนรวมกลุ่ม สมาชิก เพื่อแก้ไขปัญหาโดยการออมและการพัฒนาอาชีพ จนถึงสภาพปัจจุบันมีผู้ออมเงินถึงร้อยละ 80 (เครือข่ายสินแพรทอง.สืบค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2552, จาก <http://www.sinpraethong.ob.tc/index.html#>) จึงเป็น โอกาสที่แกนนำและผู้เกี่ยวข้องจะนำความรู้และทักษะด้านนี้ไปวางแผนและจัดการเรื่องการออม เพื่อเป็นหลักประกันด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุในอนาคต

ภาวะการมีโรคพบว่าภาวะการมีโรคไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต่างจากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุพบว่าสตรีสูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีสูงอายุที่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์.2538 : สืบค้นเมื่อวันที่ 22 สิงหาคม 2552. จาก http://www.suicidethai.com/abstract/abstract_detail.asp?ntitle) ทั้งนี้อาจเกิดจากสภาพแวดล้อมของชาวใต้ที่อาศัยอยู่กับธรรมชาติ เช่นภูเขาแม่น้ำ ป่าทึบ สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ทำให้เกิดภูมิปัญญาทางการแพทย์ที่เรียนรู้จากธรรมชาติขึ้น ตามแบบฉบับของคนใต้ เช่นศาสตร์ความสมดุลของธาตุต่างๆในร่างกายเช่น ดิน น้ำ ลมไฟ เมื่อไม่สบายต้องปรับสมดุลของธาตุในร่างกายที่บกพร่องให้กลับมาสมดุลดังเดิม เป็นวัฒนธรรมทางการแพทย์ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของชาวใต้ รวมถึงมีการใช้จิตวิทยาในการรักษา เช่น การไหว้ครู อัญเชิญสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้มาปกป้อง

กษาศาสตร์ ซึ่งถือเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง วัฒนธรรมทางการแพทย์จึงเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพในองค์กรรวม (สุภาภรณ์ อินทองคง. สืบค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2553 จาก : <http://www.prachatai.com/journal/2007/11/14685>) และสิ่งแวดล้อมของตำบลลำสินธุ์มีลักษณะเช่นเดียวกับสิ่งแวดล้อมที่กล่าวมา และผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ (เผ่า ชูท่อม, ผู้ให้สัมภาษณ์, ดวงใจ คำคง ผู้สัมภาษณ์, ที่บ้านเลขที่ 46 หมู่ที่ 6 ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรรคบุรี จังหวัดพิจิตร เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2553) เนื่องจากป่วยเป็นมะเร็งในกระเพาะปัสสาวะ แต่กลับมีความพึงพอใจในสุขภาพในระดับที่สูง โดยผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลว่า “ลุงถือว่าโชคดีแล้วที่เกิดมาอยู่ที่นี้ได้อยู่กับธรรมชาติ เพราะเมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งหมอบอกว่าลุงอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน ลุงจึงกลับบ้าน มาดูแลตัวเองด้วยสมุนไพรในการรักษาโรคมะเร็ง และ ออกกำลังกายอยู่กับธรรมชาติ ลุงก็เห็นว่าร่างกายของลุงแข็งแรงดี กลับไปพบหมออีกครั้งหมอบอกว่า หมองง เพราะเซลล์มะเร็งลุงมีน้อยมาก ลุงว่าคนเราอยู่กับธรรมชาติ ดูแลรักษาตัวเองด้วยธรรมชาติ ดีที่สุดแล้ว นอกจากว่าหนักหนาจริงๆ ไม่ไหวจริงๆ จึงให้หมอปัจจุบันรักษา” และ จากการได้พูดคุยกับผู้สูงอายุท่านอื่นๆ บางท่านบอกว่า “ท้องอืดบ้างก็เก็บกระเพาะข้างบ้านมาผัดมาทาน” และ นอกจากนี้คนตำบลลำสินธุ์ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ บางท่าน กล่าวว่า “เครียดหน่อย ได้ไปวัดสวดมนต์ ก็สบายใจขึ้น” และจากการสังเกตการรับประทานอาหารของชุมชนตำบลลำสินธุ์จะรับประทานผักผลไม้รอบบ้านและมีสมุนไพรพื้นบ้านอยู่รอบๆ บ้าน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์มีความรู้ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของตนเอง สร้างเสริมสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ภาวะการมีโรคจึงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นับว่าเป็นโอกาสที่แกนนำหรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องนำจุดแข็งด้านนี้มาพัฒนาการดูแลสุขภาพให้กับบุคคลในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
 1. ควรมีนโยบายการบริหารจัดการบูรณาการงานผู้สูงอายุในระดับชุมชนหรือสนับสนุนให้มีกลไกการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่
 2. ควรมีนโยบายสร้างเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง โดยการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเป็นแกนนำ และ เป็นเจ้าของเรื่อง ด้านผู้สูงอายุ รักษาสิทธิ พัฒนาศักยภาพ ถ่ายทอดภูมิปัญญาตามความต้องการ โดยมีกฎหมาย นโยบาย เป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และ ควรแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มๆ ตามการพึ่งพา ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการพึ่งตนเอง เพื่อที่จะดูแลได้อย่างถูกต้องและให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเป็นตัวแทนกับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา

3. ควรมีนโยบายและกิจกรรมในการสร้างความสัมพันธ์ของบุคคลในชุมชน และผู้สูงอายุ มีกลยุทธ์ที่จะให้เด็ก เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ หรือ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน

4. ควรมีนโยบายให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพได้เรียนรู้สิ่งๆใหม่ๆ และ ให้ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถประสบการณ์ได้มีโอกาสในการถ่ายทอดความรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาครอบครัว ชุมชน สังคม เพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตทางปัญญาให้สูงขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไปในอนาคต

1. ศึกษาความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรม
2. ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุของตำบลลำสินธุ์

อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

3. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วย
4. ศึกษาทัศนคติของบุคคลในชุมชนต่อผู้สูงอายุ
5. ศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลและให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ
6. ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุและทะเบียนคลังปัญญาผู้สูงอายุในชุมชน
7. การรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการได้รับสิทธิตาม

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546

บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. ดุษฎีนิพนธ์
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล
- กรชนก วุฒิสมวงศ์กุล, ผุสดี ธรรมมานวัตร, จันทนงค์ อินทร์สุด, คลินิกพร สนธิรักษ์ และ ภาณี
พลากรกุล. (2552). รายงานการวิจัยสถานการณ์บริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรค
เรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรรณิกา เจริญลักษณ์. (2545). บทบาทของผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่สังคม :
ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สังคม
สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรรณิการ์ หนูสอน. (2543). การใช้พลวัตกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัด
สุโขทัย. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2553, จาก [http://www.dmh.go.th/Abstract/
allDetails.asp?code=201430008206](http://www.dmh.go.th/Abstract/allDetails.asp?code=201430008206).
- กองควบคุมโรคเอดส์. (2550). โครงการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบ
จากเอดส์. กรุงเทพมหานคร : สำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยาณี ทองสว่าง. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชน
ออเงิน. สารนิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เกศสุดา เหมทานนท์. (2552). คุณภาพบริการของสถานเอนามัยตามความคาดหวังและการรับรู้ของ
ผู้รับบริการ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. พัทยา : มหาวิทยาลัยทักษิณ
- กุลวี วิวัฒน์ชีวิน และคณะ. (2542). "ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแล
ตนเอง และ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอส ไอ วี /เอดส์." Thai Journal Nursing Research
2(3) , 83.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). "การสูงวัยกับคุณภาพของชีวิต." ใน เอกสารวิชาการนำเสนอใน
การประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุในโอกาส 60 ปี คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (หน้า 11-12) วันที่ 11 เมษายน 2550 ณ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- เขมิกา ยามะรัต. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สังคมและมนุษยวิทยามหาบัณฑิต.
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เครือข่ายสินแพรทอง. ข้อมูลทั่วไป. สืบค้นเมื่อ 27 พฤษภาคม 2552, จาก <http://www.sinpraethong.ob.tc/index.html#>.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี. (2545).

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545-2564). กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 2552. กรุงเทพมหานคร : เทพเพ็ญวานิชย์.

คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. (2551). รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทยในชนบทปี 2551. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงมหาดไทย.

จริยาวัฒน์ คมพยัคฆ์. (2537). "แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้." วารสารพยาบาลศาสตร์ 6(3) , 96 -106.

จินตนา ศรีธรรมมา (2539). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เจษฎา บุญทา. (2545). คุณภาพชีวิตของสมาชิกในตำบลแม่หอพระ. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ. (2536). แลได้สี่ทศวรรษ : ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม และพัฒนาการทางการเมือง ในช่วง (2490-2536). กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ชาญวิทย์ ทระเทพ. (2546). "สภาวะสุขภาพของคนไทย อดีต ปัจจุบัน อนาคต," สาธารณสุขและการพัฒนา 1(3) , 46-55.

ชื่นดา วิชชาวุธ. (2552). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส).

ณดา จันทรสม, สิริเดช นิลสัมฤทธิ์ และ วัฒนา วัฒนพงศ์. (2550). คุณภาพชีวิตคนไทยในบริบทของการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

คุณฤทัย อดิวัฒน์. (2548). "มาตรวัดคุณภาพชีวิต : ศักยภาพประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย," ใน. วารสารประชากรศาสตร์. 21(1), 41-63.

เด่นพงศ์ ศรีพัฒนพิพัฒน์. (2551). กระบวนการทำงานกับภาคีความร่วมมือเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง : กรณีศึกษา เครือข่ายสินธุ์แพรทอง ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง. สารนิพนธ์ ประกาศนียบัตรบัณฑิต (บัณฑิตอาสาสมัคร). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เทียมจันทร์ พานิชย์ผลินไชย. (2539). ระเบียบวิธีวิจัย. พิษณุโลก : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธวัชชัย วรพงษ์สร. (2540). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญารัตน์ ดันติกฤตยา. (2548). อิทธิพลการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นางพาง ลิมสุวรรณ. (2547). แต่งงานดีไหมหรือโสดดีกว่า. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=871>.
- นพดล กรรณิกา. (2553). วิเคราะห์ความสุขมวลรวมคนไทย. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/17806>
- นภาพร ชโยวรรณ. (2542). เอกสารการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ : ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ, (หน้า 54-73). วัน 22-24 พฤศจิกายน 2542 ณ โรงแรมปรีณิพาเลช. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2540). ปกิณกะ “งานผู้สูงอายุในประเทศไทย” การส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2552. จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/202/>
- บรรลุ ศิริพานิช. (2550). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. (2547). รายงานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม. กรุงเทพมหานคร : โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรณสูตร. (2538). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤกษศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- ปัทมา สุริต. (2551). "ทฤษฎีผู้สูงอายุ". สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2552, จาก <http://nu.kku.ac.th/site/250213/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=3>.

- ปิยะ จอมทอง. (2548). การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม ของสมาชิกกลุ่มออมทรัพย์ เพื่อการผลิต บ้านควนเจดีย์ ตำบลลำไพล อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา. ภาคนิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา : มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- พจนนา ศรีเจริญ. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคม ข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย. หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. เลย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม. (2550). ศึกษารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบลในการสนับสนุนการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กรณีตำบลลำสินธุ์กิ่ง อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง. นครศรีธรรมราช : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้.
- พนัญชา พานิชชีวะกุล. (2537). การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท. คุษภินิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรคุษภินิพนธ์ กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนัญชา พานิชชีวะกุล และ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542). รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของเกษตรกรอีสาน : มุมมองจากประชาชน. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พยนต์ หาญผดุงกิจ และอัญชลี ตรีตระกูล. (2544). “การสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ผู้ให้เครื่องมือทางการแพทย์เชิงจิตวิทยา,” สมาคมทางการแพทย์จิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 46(4), 289-298.
- พรทิพย์ พิทักษ์ไพบูลย์กิจ. (2548). การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธัญบุรี. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. (2546). การศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2546. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ธรณินทร์ กองสุข ยุพดี ศิริวรรณ. (2548). คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2546. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2552, จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/details>.
- พรรณทิพย์ เพชรมาก. (2547). แผนชีวิตชุมชน. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาท้องถิ่น.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2549). สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ. นครปฐม : สถาบันลือธรรม.

- พระพุทธทาสภิกขุ. (2545). สุขภาพทางจิตวิญญาณ. กรุงเทพมหานคร : มิตรนราการพิมพ์.
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. (2542, 11 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 116 ตอนที่ 114ก หน้า 6 - 8.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546, 22 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก หน้า 2 - 9.
- พิมล แสงสว่าง. (2550). ปี 2550 รณรงค์ใส่ใจผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2552, http://www.dmh.go.th/sty_libnews/news/view.asp?id=6764
- ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม. (2543). ประชาคมตำบล : หมายเหตุจากนักคิด. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาท้องถิ่น.
- มัทนา พนานิรามย์. (2545). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิเคราะห์เอกสารวิจัยเรื่องนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุในอนาคต. กรุงเทพมหานคร : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มัทนา พนานิรามย์. (2550). สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มารศรี นุชแสงพลี. (2532). ปัจจัยที่อิทธิพลความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์, ศิริวรรณ ศิริบุญ และ อังฉรา เอนซ์. (2541). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2545). รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2551). ชี้"ชุมชน"คือหัวใจดูแลคนแก่ระยะยาว. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.thainhf.org/index.php?module=news&page2=detail&id=195>.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ์. (2545). รายงานการวิจัยโครงการนโยบายและทิศทางนโยบายด้านผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2534. (2534 , 9 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา, หน้า 13.

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540. (2540 , 11 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 114, ตอนที่ 55 ก. หน้า 12.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550. (2550 , 24 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 124, ตอนที่ 47 ก. หน้า 23.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). พจนานุกรมฉบับพระราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.
- รุจิวงศ์ แอทอง (2549). การปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ลลิตา ลอยลม. (2545). การเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ สสม. สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วรพล หนูนุ่น, นเรศ หอมหวาน, และคณะ. (2551). “แบบแผนการรับเป็นหุ้นส่วนเพื่อพัฒนาท้องถิ่นของชาวสินธุ์แพรทอง,” ใน สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. บทความวิชาการประชุมวิชาการ ครบรอบ 90 ปี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาฐานการวิจัยมหาวิทยาลัยกับการพัฒนาพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง. (175-183). สงขลา : มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. (2549). รายงานการวิจัยแบบสมบูรณโครงการความคาดหวังของผู้สูงอายุและพหุวัย. กรุงเทพมหานคร : มิสเตอร์กอบปีจำกัด.
- วรรณากุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิกา บุญระยอง. (2540). “แนวคิดในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ,” ผู้สูงอายุ 16(2), 34-40.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. .
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2549). การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. กรุงเทพมหานคร : ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- วรุณศิริ ปราณีธรรม. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอุดกลั้นทางเดินหายใจเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาทีนิ บุญชะลิกษ์ และ ยุพิน วรสิริอมร. (2548). ผู้สูงอายุในประเทศไทย : จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

- วิภาวรรณ สิริเลิศล้ำ. (2551) ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม และ ปัจจัยลักษณะทางชีวสังคม ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วินัส พิษณุชัย. (2547). สถิติสำหรับนักสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : ปรกาศพริก.
- ศราวุธ ขงยุทธ. (2546). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2538). จิตวิทยาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). สวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). “ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน : ข้อเสนอเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายและการปฏิบัติ,” ใน เวทีนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ บทบาทท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. (31-49) กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- สถานีนามัยลำสินธุ์. (2552, พฤศจิกายน). รายงานโรคประจำตัวในผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ 2552. พัทลุง : สถานีนามัยลำสินธุ์
- สนธยา พลศรี. (2550). “เครือข่าย : พื้นฐานและความสำคัญต่องานพัฒนาชุมชน”, ดวงแก้ว.12(1), 25 - 40.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (2538). การศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2552, จาก http://www.suicidethai.com/abstract/abstract_detail.asp?ntitle.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร : ทีคิวพีจำกัด.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและความคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2540). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่แปด (2540-2544). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). สรุปสาระสำคัญพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2540-2544)." สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2552, จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139> .
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). สรุปเบื้องต้นการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2552, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-1-1.html.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร : ธนาพลสงจำกัด.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2542). ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2552. จาก www.oppo.opp.go.th/info/laws_pledge.htm.
- สิริสมร สุขสวัสดิ์. (2534). ผู้สูงอายุกับความคาดหวังในการเข้ารับการสงเคราะห์ประเภทเสียค่าบริการ. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สินธุ์ สโรบล, สมคิด แก้วทิพย์, และพัชริน ดำรงกิตติกุล. (2543). “เศรษฐกิจชุมชนและการวิจัยเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน,” จดหมายข่าว สกว. 1(6), 48.
- สุพัฒน์ สุระคณัย. (2544). เครื่องชี้วัดความผาสุกของครอบครัวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุภาภย์ อินทองคง. (2550). คนได้สุขภาพดี สวรรค์มีสารพัดวัฒนธรรมพื้นบ้านเสริมสร้างสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2553, จาก <http://www.prachatai.com/journal/2007/11/14685>.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2540). เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรง.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). คุณภาพชีวิตของคนไทย. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรง.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). “ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต,” พญกพาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1(2), 3-4.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). “การดูแลระยะยาว (Long-term care) และทิศทางนโยบายที่ควรจะเป็นสำหรับประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก,” พฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 3(4), 40-42.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2551). มนทัศน์ของวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส).
- สุธรรม นันทมงคลสมัย. (2543). “เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพในงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์,” วารสารสาธิตสังคมศาสตร์ 30(3), 231-234.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัชย์ อยู่สาโก. (2550). พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ พระแท่น อำเภอนาทม จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุพงษ์ ชูเดช. (2546). คู่มือการเรียนรู้จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : สายสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยพระจอมเกล้าธนบุรี.
- สุริพรย์ กฤษเจริญ และกอบแก้ว สุวรรณ. (2543). “การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรับรังสีรักษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม.” Thai Journal Nursing Research 4(3), 20-36.
- เสาวนีย์ ตะนุศลย์. (2532). คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมและมนุษยวิทยามหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อนุชาติ พวงสำลี และ ורתัย อาจอ่ำ. (2539). การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อภิสิทธิ์ ชำรงวรกร และ ทานทิพย์ ชำรงวรกร. (2544). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาศักยภาพศูนย์การศึกษาคุณาด้านเศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม. ขอนแก่น : มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตดี.
- อรฉัตร โตษยานนท์ และคณะ. (2544). การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- อรนุช ไล่อุ่นถม. (2546). สัมพันธภาพในครอบครัวและการตัดสินใจเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์:กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรีและในพื้นที่ตำบลบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. สมุทรปราการ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชัย สิริเทศ. (2547). ประวัติศาสตร์ประชาชน. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2553, จาก http://www.thaingo.org/story3/red_tang.htm.
- อาคม เดชทองคำ. (2543). หัวเชือกัวชน. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อาคม ปฐมสีมากุล. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลด่านช้าง อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต การปกครองท้องถิ่น. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อิสระ สมชัย. (2553). "สารจากใจ,". สารรักผู้สูงอายุ 2(5), 4.
- อุทัย ธรรมเดโช. (2528). คู่มือการสอบเลื่อนระดับข้าราชการ. กรุงเทพมหานคร : ศรีอนันต์
- เอมอร จังศิริพรพรรณ (2547). แบบแผนการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2552 จาก <http://pioneer.netserv.chula.ac.th/>.
- Bertrand, R. (1996). The Conquest of Happiness. New York : Liveright.
- Fillenbaum, G. (1987). Mearasures of well being in elderly. In Measurement in Health Promotion and Protection. Geneva : WHO : Regional office for Eropcean Series
- Liu, B. (1975). "Quality of lift :Concept,measure and resule," American Journal of Economic and Sociology. 34, 11- 16.
- Maslow's Hierarchy of Needs. 2009 : สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2552 จาก http://en.wikipedia.org/wiki/Maslow's_hierarchy_of_needs
- Orem, D.E. (1991). Nursing concept of practice. St.Louis : Mosby Year Book.
- Sharma, R. C. (1975). Population and Socio-Economic Devolopment Population Trends Resources and Environment : Handbook. New delhi : n.p.
- Stromborg, M. F. (1984). "Selection and Instrument to Measure Quality of Life." Oncogy Nursing Forum. 11, 88-91.

- Thondrike, E. (1982). Adult learning. New York : Macmillan.
- Thorson, J.A. (1995). Aging in changing society. California : Wadsworth
- UNESCO. (1980). An Orientation to Population Education. Bangkok : UNESCO
- WHOQOL GROUP. (1994). The Development of The World Health Organization_Quality of Life Assessment Instrument. In : Orley, J and Kuyken, W. Quality of Life Assessment : International perspectives (41-57). New York : Springer-Verlag.
- WHOQOL GROUP. (1995). WHOQOL – BREF introduction, administration, scoring and generic version of assesment, file trail version. Geneva : WHO.
- Zhan, L. (1992). " Quality of Life : Concept and measurement issues." Journal of Advanced Nursing (17), 795-800.



นุคตาอนุกรม

บุคลากรกรม

แผ้ว ชูท้วม. (ผู้ให้สัมภาษณ์), ดวงใจ คำคง (ผู้สัมภาษณ์), ที่บ้านเลขที่ 46 หมู่ที่ 6 ตำบลลำสินธุ์

อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2553.

อุทัย บุญคำ. (ผู้ให้สัมภาษณ์), ดวงใจ คำคง (ผู้สัมภาษณ์), ที่เครือข่ายสินธุ์แพรทอง ตำบลลำสินธุ์

อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2552.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ตำบลลำสินธุ์ อำเภอสรีนครินทร์ จังหวัด พัทลุง



แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลลำสินธุ์ ซึ่งคำตอบที่ได้จะสะท้อนให้เห็นผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ และได้้นำข้อมูลไปปรับใช้เพื่อการวางแผนในการพัฒนาต่อไปในอนาคต

คำชี้แจง แบบสอบถามมี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดโดยเติมคำในช่องว่างจำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 5 ด้าน จำนวน 48 ข้อ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ดวงใจ คำคง

ผู้วิจัย

นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

รหัสประจำตัวนิสิตฯ 502997005

เลขที่แบบสอบถาม QID [] []

ที่อยู่ผู้ให้ข้อมูล หมู่ที่ บ้าน ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย	
1. อายุของท่าน ปี (นับอายุเต็มถึงวัน-เดือน-ปีเกิด รอบที่ผ่านมา)	AGE	[] []
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง	SEX	[]
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) () 4. หย่า () 5. แยกกันอยู่	STA	[]
4. ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีอาการเจ็บป่วยบ่อยๆ ที่ทำให้ท่านต้องไปพบหมอเป็นประจำหรือไม่ () 1. ไม่มี () 2. มี (หากมีโปรดระบุโรค/กลุ่มอาการที่เจ็บป่วย - โดยระบุได้มากกว่า 1 โรค/กลุ่มอาการที่เจ็บป่วยจริง)	DIS	[]
() 4.2.1 เวียนศีรษะ	DIS201	[]
() 4.2.2 นอนไม่หลับ	DIS202	[]
() 4.2.3 เป็นลมบ่อยๆ	DIS203	[]
() 4.2.4 หลง ๆ ลืม ๆ หรือความจำเสื่อม	DIS204	[]
() 4.2.5 การทรงตัวไม่ดี	DIS205	[]
() 4.2.6 หูตึง	DIS206	[]
() 4.2.7 โรคเกี่ยวกับผิวหนัง	DIS207	[]
() 4.2.8 โรคเกี่ยวกับตา (ต้อกระจก/ต้อหิน/ ต้อเนื้อ)	DIS208	[]
() 4.2.9 ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง	DIS209	[]
() 4.2.10 โรคกระเพาะอาหาร	DIS210	[]
() 4.2.11 โรคขาดสารอาหาร	DIS211	[]
() 4.2.12 โรคกระดูกพรุน	DIS212	[]
() 4.2.13 โรคปวดข้อ (ข้อเสื่อม)	DIS213	[]
() 4.2.14 การเคลื่อนไหวผิดปกติ (โรคพาร์กินสัน)	DIS214	[]
() 4.2.15 โรคกลืนปัสสาวะไม่อยู่	DIS215	[]
() 4.2.16 โรคทางเดินปัสสาวะ/ ไต	DIS216	[]

/มีต่อหน้าถัดไป...

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย	
() 4.2.17 ความดันโลหิตสูง	DIS217	[]
() 4.2.18 ความดันโลหิตต่ำ	DIS218	[]
() 4.2.19 โรคเบาหวาน	DIS219	[]
() 4.2.20 เส้นเลือดในสมองตีบ	DIS220	[]
() 4.2.21 หลอดเลือดหัวใจตีบ	DIS221	[]
() 4.2.22 โรคหัวใจ	DIS222	[]
() 4.2.23 โรคอัมพาต / อัมพฤกษ์	DIS223	[]
() 4.2.24 โรคต่อมลูกหมากโต (เฉพาะผู้ชาย)	DIS224	[]
() 4.2.25 โรคมะเร็ง	DIS225	[]
() 4.2.26 อื่น ๆ (ระบุ)	DIS226	[]
5. ท่านสามารถอ่านหนังสือได้หรือไม่ () 1. อ่านออก () 2. อ่านไม่ออก	REA	[]
6. ท่านสามารถเขียนหนังสือได้หรือไม่ () 1. เขียนได้ () 2. เขียนไม่ได้	WRI	[]
7. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด		
() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. เรียนหนังสือจบชั้น....(โปรดระบุ)	EDU	[]
() 7.2.1 ประถมศึกษา	EDU21	[]
() 7.2.2 มัธยมศึกษาตอนต้น	EDU22	[]
() 7.2.3 มัธยมศึกษาตอนปลาย	EDU23	[]
() 7.2.4 อาชีวศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นต้น (ปวช)	EDU24	[]
() 7.2.5 อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง (ปวส)	EDU25	[]
() 7.2.6 ปริญญาตรี	EDU26	[]
() 7.2.7 ปริญญาโทหรือสูงกว่า	EDU27	[]
() 7.2.8 อื่นๆ ระบุ.....	EDU28	[]

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย	
8. ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มในชุมชน		
() 1. ไม่เป็น () 2. เป็น (หากเป็นสมาชิกกลุ่ม โปรดระบุ และสามารถระบุได้มากกว่า 1 กลุ่มที่เป็นสมาชิกอยู่จริง)	MEM	[]
() 8.2.1 กลุ่มออมทรัพย์	MEM201	[]
() 8.2.2 ครอบครัวยุคใหม่	MEM202	[]
() 8.2.3 ชมรมผู้สูงอายุ	MEM203	[]
() 8.2.4 กลุ่มเกษตรกรรม	MEM204	[]
() 8.2.5 กลุ่มแม่บ้าน	MEM205	[]
() 8.2.6 กลุ่มออมทรัพย์	MEM206	[]
() 8.2.7 กลุ่มสื่อสารมวลชน	MEM207	[]
() 8.2.8 กลุ่มสวัสดิการ	MEM208	[]
() 8.2.9 กลุ่มแปรรูปและกระจายสินค้า	MEM209	[]
() 8.2.10 เกษตรกรรม	MEM210	[]
() 8.2.11 อื่นๆ ระบุ.....	MEM211	[]
9. ปัจจุบันท่านยังทำงานหารายได้อีกหรือไม่		
() 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. ยังทำงาน (หากท่านยังทำงาน โปรดระบุอาชีพ)	WOR	[]
() 9.2.1 เกษตรกรรม	WOR21	[]
() 9.2.2 กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	WOR22	[]
() 9.2.3 ค้าขาย (ร้านค้า/ร้านชำ/หาบเร่)	WOR23	[]
() 9.2.4 เกษียณอายุ/ข้าราชการบำนาญ	WOR24	[]
() 9.2.5 รับงานมาทำที่บ้าน	WOR25	[]
() 9.2.6 ประกอบอาชีพส่วนตัว	WOR26	[]
() 9.2.7 อื่นๆ ระบุ	WOR27	[]
10. ท่านมีรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวจากไหน		
(สามารถระบุได้มากกว่า 1 แหล่งที่มาของรายได้ ที่เป็นจริง)		
() 10.1 ทำงานเอง	INC1	[]
() 10.2 ลูกหลานให้	INC2	[]
() 10.3 เงินออม	INC3	[]
() 10.4 เงินบำนาญ/บำนาญ	INC4	[]

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
() 2. เกิดตำบลอื่นแล้วย้ายเข้ามาอยู่ ถ้าเกิดตำบลอื่น โปรดระบุตำบลที่เกิด ตำบล อำเภอ จังหวัด กรณีเกิดตำบลอื่นท่านย้ายเข้ามาอยู่ตำบล.....ปี	TAM2 [][][][][][] TAM3 [][]
16. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร	
() 16.1 บุตร/ธิดา	HAB1 []
() 16.2 คู่สมรส	HAB2 []
() 16.3 อยู่คนเดียว	HAB3 []
() 16.4 ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร แต่อยู่กับหลานที่มีอายุ 15-24 ปี	HAB4 []
() 16.5) ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสหรือบุตร แต่อยู่กับหลานที่มีอายุ 14 ปีลงมา	HAB5 []
() 16.6) อยู่กับญาติพี่น้องหรือคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่คู่สมรส บุตร หรือหลาน	HAB6 []

ตอนที่ 2 ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

โดยคะแนนระดับการรับรู้ของตนเอง มีดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ระดับคะแนน 2 หมายถึง น้อย

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มาก

ระดับคะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับคะแนน การรับรู้ของตนเอง					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
		ด้านปัญญา					
1	ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นคนที่มีความรู้ความสามารถ						QOL1-01

ข้อที่	ข้อความ	ระดับคะแนน การรับรู้ของตนเอง					สำหรับผู้ วิจัย
		1	2	3	4	5	
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม							
26	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่าง ที่ผ่านมาแค่ไหน						QOL4-26 []
27	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านมากน้อย เพียงใด (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึก ทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลง ได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)						QOL4-27 []
28	ท่านพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจาก เพื่อนๆ ในชุมชนนี้มากน้อยเพียงใด						QOL4-28 []
29	ท่านรับรู้ว่าคุณเป็นที่เคารพนับถือของคนอื่น มากน้อยเพียงใด						QOL4-29 []
30	ท่านได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวของท่าน เองมากน้อยเพียงใด						QOL4-30 []
31	ท่านรับรู้ถึงความรักความเข้าใจของบุคคลใน ครอบครัวที่มีต่อท่าน ว่ามีมาน้อยเพียงใด						QOL4-31 []
32	ท่านมีคนที่เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับ ท่าน ได้มากน้อยเพียงใด						QOL4-32 []
33	ท่านพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่างๆ ในภาพรวม มากน้อยเพียงใด						QOL4-33 []
34	ท่านพึงพอใจต่อการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มคน/ ชมรมฯ ในชุมชนของเราเองมากน้อยเพียงใด						QOL4-34 []
35	ท่านพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม หรือชมรมที่ท่านเป็นสมาชิกอยู่มากน้อยเพียงใด						QOL4-35 []
36	ท่านพึงพอใจในการออกกำลังกาย หรือการ พักผ่อนหย่อนใจ มากน้อยเพียงใด						QOL4-36 []
37	ความสัมพันธ์ภาพของท่านกับคนในครอบครัวดี						QOL4-37

ข้อที่	ข้อความ	ระดับคะแนน การรับรู้ของตนเอง					สำหรับ ผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	
	มากน้อยเพียงใด						[]
38	ความสัมพันธ์ของท่านกับญาติ พี่น้อง หรือ เพื่อนบ้านของท่านดีมากน้อยเพียงใด						QOL4-38 []
39	ความสามัคคีของคนในครอบครัว และญาติพี่น้อง ของท่านเอง มีมากน้อยเพียงใด						QOL4-39 []
ด้านสภาพแวดล้อม							
40	การใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของท่านมีความปลอดภัย มากน้อยเพียงใด						QOL5-40 []
41	ท่านพึงพอใจในสถานที่ของชุมชนที่ใช้ออกกำลังกาย มากน้อยเพียงใด						QOL5-41 []
42	ท่านพึงพอใจในสถานที่ที่ท่านอยู่อาศัยในปัจจุบัน นี้มากน้อยเพียงใด						QOL5-42 []
43	สภาพแวดล้อมรอบๆ บ้านท่านในปัจจุบันนี้ (เช่นอากาศ เสียง กลิ่น) คดีต่อสุขภาพของท่านเองมาก น้อยเพียงใด						QOL5-43 []
44	ท่านมีความภาคภูมิใจในประวัติศาสตร์ชุมชน ของท่านเอง มากน้อยเพียงใด						QOL5-44 []
45	ท่านพึงพอใจในสถานที่ที่ใช้พักผ่อนทางจิตใจ หรือเพื่อประกอบกิจกรรมทางศาสนาของท่านมาก น้อยเพียงใด						QOL5-45 []
46	ท่านรับรู้ว่ามีชุมชนของท่านเป็นชุมชนที่สามารถ พึ่งพาตนเองได้มากน้อยเพียงใด						QOL5-46 []
47	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด						QOL5-47 []
48	ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวม ณ ปัจจุบันนี้ ดีมากน้อยเพียงใด						QOL5-48 []



ภาคผนวก ข
ตารางนำเสนอข้อมูล

ตารางที่ 15 ข้อมูลความเจ็บป่วยแยกโรคของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

ความเจ็บป่วยแยกโรค (มีเจ็บป่วย/โรค ได้มากกว่า 1)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ชาย N = 110 (30.2)	หญิง N = 254(69.8)	รวม N = 364 (100)
ปวดเมื่อยตามร่างกาย	18 (4.9)	39 (10.7)	57 (15.7)
โรคความดันโลหิตสูง	14 (3.8)	34 (9.3)	48 (13.2)
ปวดข้อ	7 (1.9)	28 (7.7)	35 (9.6)
นอนไม่หลับ	9 (2.5)	19 (5.2)	28 (7.7)
โรคเกี่ยวกับตา	7 (1.9)	18 (4.9)	25 (6.9)
หลงๆ ลืมๆ	7 (1.9)	15 (4.1)	22 (6.0)
เวียนศีรษะ	9 (2.5)	13 (3.6)	22 (6.0)
เป็นลมบ่อย	6 (1.9)	12 (3.3)	19 (5.2)
การทรงตัวไม่ดี	4 (1.1)	13 (3.6)	17 (4.7)
โรคกระเพาะอาหาร	3 (0.8)	10 (2.8)	13 (3.6)
โรคเบาหวาน	6 (1.6)	6 (1.6)	12 (3.3)
หูตึง	2 (0.5)	9 (2.5)	11 (3.0)
กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่	0 (0)	10 (2.7)	10 (2.7)
โรคเกี่ยวกับผิวหนัง	7 (1.9)	1 (0.3)	8 (2.2)
กระดูกพรุน	0 (0)	6 (1.6)	6 (1.6)
ไขมันในกระแสเลือดสูง	0 (0)	5 (1.4)	5 (1.4)
โรคหัวใจ	1 (0.3)	4 (1.1)	5 (1.4)
โรคไต	4 (1.1)	1 (0.3)	5 (1.4)
อัมพาต อัมพฤกษ์	0 (0)	3 (0.8)	3 (0.8)
หอบหืด	0 (0)	3 (0.8)	3 (0.8)
พาร์กินสัน	0 (0)	2 (0.5)	2 (0.5)
โรคความดันโลหิตต่ำ	1 (0.3)	1 (0.3)	2 (0.5)
โลหิตจาง	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.3)
หลอดเลือดหัวใจตีบ	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.3)

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ความเจ็บป่วยแยกโรค (มีเจ็บป่วย/โรค ได้มากกว่า 1)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	N = 110 (30.2)	N = 254 (69.8)	N = 364 (100)
ต่อมลูกหมากโต	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.3)
โรคมะเร็ง	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.3)
ถุงลมโป่งพอง	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.3)
เส้นเลือดในสมองตีบ	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.3)

ตารางที่ 16 ข้อมูลการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน (เป็นได้มากกว่า 1 กลุ่ม)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	N = 96 (35.2)	N = 177 (64.8)	N = 273 (100)
กลุ่มออมทรัพย์	33 (12.1)	66 (24.2)	99 (36.3)
ชมรมผู้สูงอายุ	28 (10.3)	61 (22.3)	89 (32.6)
กลุ่มสวัสดิการ	10 (3.7)	19 (7.0)	29 (10.6)
กลุ่มเกษตรกรรม	7 (2.6)	3 (1.1)	10 (3.7)
กลุ่มแม่บ้าน	1 (0.4)	10 (3.7)	11 (4.0)
กลุ่มธนาคารกองทุนรวมน้ำใจ	6 (2.2)	3 (1.1)	9 (3.3)
กลุ่มสุขภาพ	4 (1.5)	5 (1.8)	9 (3.3)
ครอบครัวต้นแบบ	5 (1.8)	2 (0.7)	7 (2.6)
กลุ่มแปรรูปและกระจายสินค้า	0 (0)	5 (1.8)	5 (1.8)
กลุ่มสื่อสารมวลชน	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.7)
กองทุนสวนยาง	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.7)
กลุ่มข้าวสาร	0 (0)	1 (0.4)	1 (0.4)

ตารางที่ 17 ข้อมูลการประกอบอาชีพและแหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์

คุณลักษณะของประชากร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
	N = 68 (40)	N = 102 (60)	N = 170 (100)
การประกอบอาชีพ			
ไม่ประกอบอาชีพ	16 (9.4)	39 (22.9)	55 (32.4)
ประกอบอาชีพ	52 (30.6)	63 (37.1)	115 (67.6)
จำแนกการประกอบอาชีพ (ประกอบอาชีพได้มากกว่า 1 อาชีพ)			
เกษตรกรรม	39 (29.8)	44 (33.6)	83 (63.4)
กรรมกร/รับจ้างทั่วไป	8 (6.1)	6 (4.6)	14 (10.7)
ค้าขาย	3 (2.3)	11 (8.4)	14 (10.7)
ประกอบอาชีพส่วนตัว	8 (6.1)	5 (3.8)	13 (9.9)
เกษียณอายุ	2 (1.5)	1 (0.8)	3 (2.3)
รับงานมาทำที่บ้าน	0 (0)	3 (2.3)	3 (2.3)
พระภิกษุ	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)
แหล่งรายได้ (มากกว่า 1 แหล่ง)			
สวัสดิการผู้สูงอายุ	61 (14.1)	96 (22.2)	157 (36.3)
ลูกหลานให้	36 (8.3)	76 (17.7)	112 (26.0)
ทำงานเอง	50 (11.6)	60 (14.0)	110 (25.6)
เงินออม	18 (4.2)	25 (5.8)	43 (10.0)
ค่าเช่าสวนยาง	2 (0.5)	3 (0.7)	5 (1.2)
บำเหน็จ/บำนาญ	3 (0.7)	1 (0.2)	4 (0.9)
คู่สมรส	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.2)
พระภิกษุ	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.2)

ตารางที่ 18 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ จำแนกรายข้อ

NO	QOL	คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
					ระดับ คุณภาพชีวิต
1	QOL542	ความพึงพอใจในสถานที่ที่ท่านอยู่อาศัยในปัจจุบัน	4.29	0.89	สูง
2	QOL430	ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวของท่านเอง	4.18	0.85	สูง
3	QOL437	ความสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว	4.14	0.84	สูง
4	QOL325	ความสบายใจต่อความก้าวหน้าของคุณๆแต่ละคนรวมๆ กันในปัจจุบันนี้	4.13	0.83	สูง
5	QOL439	ความสามัคคีของคนในครอบครัว และญาติพี่น้อง	4.13	0.85	สูง
6	QOL548	คุณภาพชีวิตในภาพรวม	4.09	0.86	สูง
7	QOL431	รับรู้ถึงความรักความเข้าใจของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อท่าน ว่ามีมาน้อยเพียงใด	4.08	0.89	สูง
8	QOL438	ความสัมพันธ์ภาพกับญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน	4.03	0.83	สูง
9	QOL540	ความปลอดภัยในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน	4.02	0.94	สูง
10	QOL426	ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา	4.00	0.93	สูง
11	QOL324	ความรู้สึกว่าชีวิตที่เป็นอยู่มีความหมาย	3.99	0.89	สูง
12	QOL320	ความรู้สึกพอใจในตนเอง	3.95	0.94	สูง
13	QOL321	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนไป	3.95	1.00	สูง
14	QOL107	ความเข้าใจชีวิตตนเอง	3.89	0.93	สูง

ตารางที่ 18 (ต่อ)

NO	QOL	คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
					ระดับคุณภาพชีวิต
15	QOL543	สภาพแวดล้อมรอบๆ บ้านในปัจจุบันนี้ (เช่นอากาศ เสียง กลิ่น) ดีต่อสุขภาพ	3.88	1.00	สูง
16	QOL214	ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	3.85	1.05	สูง
17	QOL545	ความพึงพอใจในสถานที่ที่ใช้พักผ่อนทางจิตใจ หรือเพื่อประกอบกิจกรรมทางศาสนา	3.85	0.99	สูง
18	QOL317	ความสุขในภาพรวม	3.83	0.92	สูง
19	QOL547	ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม)	3.81	1.01	สูง
20	QOL323	ความรู้สึกดีๆ มีจิตใจเบิกบาน (ไม่รู้สึกเหงา เศร้า ไม่หดหู่ ไม่สิ้นหวัง ไม่วิตกกังวล)	3.77	0.94	สูง
21	QOL211	ความรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.77	0.94	สูง
22	QOL216	การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	3.76	1.02	สูง
23	QOL213	ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง (หมายถึงการเคลื่อนไหวด้วยตัวเอง)	3.76	1.09	สูง
24	QOL322	การยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจหรืออารมณ์	3.73	0.90	สูง
25	QOL215	ความพึงพอใจในการได้รับการรักษา/การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี	3.72	1.00	สูง
26	QOL429	การรับรู้ว่าเป็นที่เคารพนับถือของคนอื่นๆ	3.70	0.92	สูง

ตารางที่ 18 (ต่อ)

NO	QOL	คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
					ระดับ คุณภาพชีวิต
27	QOL428	ความพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับ จากเพื่อนๆ ในชุมชน	3.65	0.92	สูง
28	QOL318	การยอมรับผลการกระทำของตนเอง ทั้งที่ ประสบผลสำเร็จ และไม่ประสบผลสำเร็จ	3.63	0.88	สูง
29	QOL210	ความพอใจกับการพักผ่อนนอนหลับ	3.62	0.95	สูง
30	QOL319	การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ	3.62	1.04	สูง
31	QOL105	การมีความกระตือรือร้นแสวงหาความรู้ อยากรู้ อยากเห็นข่าวสารเกี่ยวกับ สุขภาพ	3.58	1.05	สูง
32	QOL104	การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก ชุมชน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./ อบต)	3.58	0.97	สูง
33	QOL212	ความพอใจกับความสามารถในการทำงาน ได้อย่างที่เคยทำมา	3.55	1.02	สูง
34	QOL546	ความเป็นชุมชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้	3.53	0.92	สูง
35	QOL208	สุขภาพโดยรวม	3.53	0.96	สูง
36	QOL544	ความภาคภูมิใจในประวัติศาสตร์ชุมชน	3.52	0.99	สูง
37	QOL103	ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (เช่น คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น หรือดับทุกข์ที่ เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเป็น)	3.50	1.00	สูง
38	QOL102	การมีโอกาสได้ใช้ความรู้ให้เกิดประโยชน์	3.48	1.00	ปานกลาง
39	QOL209	ภาวะสุขภาพมีผลในการดำเนินชีวิต	3.46	1.01	ปานกลาง
40	QOL432	มีคนที่ไม่ขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ขึ้นกับท่าน ได้	3.40	0.98	ปานกลาง

ตารางที่ 18 (ต่อ)

NO	QOL	คุณภาพชีวิตรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
					ระดับคุณภาพชีวิต
41	QOL101	การรับรู้ความรู้ความสามารถ	3.37	0.98	ปานกลาง
42	QOL434	พึงพอใจต่อการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มคน/ ชมรมฯ ในชุมชนของเราเอง	3.32	1.02	ปานกลาง
43	QOL427	ความพอใจในชีวิตทางเพศของ (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่าน มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.24	1.27	ปานกลาง
44	QOL433	พึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่างๆ ในภาพรวม	3.22	1.03	ปานกลาง
45	QOL435	พึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมที่ท่านเป็นสมาชิกอยู่	3.22	1.14	ปานกลาง
46	QOL436	ความพึงพอใจในการออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนหย่อนใจ	3.11	1.10	ปานกลาง
47	QOL106	มีโอกาสดในการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆ	2.96	1.00	ปานกลาง
48	QOL541	ความพึงพอใจในสถานที่ของชุมชนที่ใช้ออกกำลังกาย	2.84	1.09	ปานกลาง

ตารางที่ 19 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านปัญหาจำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
ระดับคะแนนความเข้าใจชีวิตตนเอง	3.89	0.93	สูง
ระดับคะแนนการมีความกระตือรือร้นแสวงหา ความรู้ อยากรู้อยากเห็นข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ	3.58	1.05	สูง
ระดับคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากชุมชน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./อบต)	3.58	0.97	สูง
ระดับคะแนนความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น(เช่นคิดเป็น แก้ปัญหาเป็น หรือดับทุกข์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองเป็น)	3.50	1.00	สูง
ระดับคะแนนการมีโอกาสได้ใช้ความรู้ให้เกิด ประโยชน์	3.48	1.00	ปานกลาง
ระดับคะแนนการรับรู้ความรู้ความสามารถ	3.37	0.98	ปานกลาง
ระดับคะแนนมีโอกาสในการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ๆ	2.96	1.00	ปานกลาง

ตารางที่ 20 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านร่างกายจำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
สุขภาพโดยรวม	3.53	0.96	สูง
ภาวะสุขภาพมีผลในการดำเนินชีวิต	3.46	1.01	ปานกลาง
ความพอใจกับการพักผ่อนนอนหลับ	3.62	0.95	สูง
ความรู้สึกลำบากใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.77	0.94	สูง
ความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.55	1.02	สูง

ตารางที่ 20 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายรายชื่อ	$\bar{x}$	SD	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง (หมายถึงการเคลื่อนไหวด้วยตัวเอง)	3.76	1.09	สูง
ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	3.85	1.05	สูง
ความพึงพอใจในการได้รับการรักษา/การตรวจ สุขภาพร่างกายประจำปี	3.72	1.00	สูง
การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	3.76	1.02	สูง

ตารางที่ 21 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านจิตใจจำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายชื่อ	$\bar{x}$	SD	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
การมีสมาธิในการทำงานต่างๆ	4.13	0.83	สูง
การยอมรับผลการกระทำของตนเอง ทั้งที่ประสบ ผลสำเร็จ และไม่ประสบผลสำเร็จ	3.99	0.89	สูง
การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองที่เปลี่ยนไป	3.95	0.94	สูง
ความสุขในภาพรวม	3.95	1.00	สูง
ความสบายใจต่อความก้าวหน้าของลูกๆ แต่ละคน รวมๆ กันในปัจจุบันนี้	3.83	0.92	สูง
การยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจหรือ อารมณ์	3.77	0.94	สูง
ความรู้สึกดีๆ มีจิตใจเบิกบาน (ไม่รู้สึกเหงา เศร้า ไม่หดหู่ ไม่สิ้นหวัง ไม่วิตกกังวล)	3.73	0.90	สูง
ความรู้สึกว่าชีวิตที่เป็นอยู่มีความหมาย	3.63	0.88	สูง
ความรู้สึกพอใจในตนเอง	3.62	1.04	สูง

ตารางที่ 22 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
จำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
ได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวของท่านเอง	4.18	0.85	สูง
ความสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว	4.14	0.84	สูง
ความสามัคคีของคนในครอบครัว และญาติพี่น้อง	4.13	0.85	สูง
รับรู้ถึงความรักความเข้าใจของบุคคลในครอบครัวที่มีต่อท่าน ว่ามีมาน้อยเพียงใด	4.08	0.89	สูง
ความสัมพันธ์ภาพกับญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน	4.03	0.83	สูง
ความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	4.00	0.93	สูง
การรับรู้ว่าเป็นที่เคารพนับถือของคนอื่นๆ	3.70	0.92	สูง
ความพึงพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ ในชุมชน	3.65	0.92	สูง
มีคนที่เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับท่าน ได้	3.40	0.98	ปานกลาง
พึงพอใจต่อการช่วยเหลือกันเองของกลุ่มคน/ ชุมชนฯ ในชุมชนของเราเอง	3.32	1.02	ปานกลาง
ความพอใจในชีวิตทางเพศ	3.24	1.27	ปานกลาง
พึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ในเรื่องต่างๆภาพรวม	3.22	1.03	ปานกลาง
พึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมที่ท่านเป็นสมาชิกอยู่	3.22	1.14	ปานกลาง
ความพึงพอใจในการออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนหย่อนใจ	3.11	1.10	ปานกลาง

ตารางที่ 23 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตำบลลำสินธุ์ ด้านสิ่งแวดล้อมรายข้อ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมรายข้อ	$\bar{x}$	SD	แปลผลระดับคุณภาพชีวิต
ความพึงพอใจในสถานที่ที่ทำงานอยู่อาศัยในปัจจุบัน	4.29	0.89	สูง
ความปลอดภัยในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน	4.02	0.94	สูง
สภาพแวดล้อมรอบๆ บ้านในปัจจุบันนี้ (เช่นอากาศ เสียง กลิ่น) ดีต่อสุขภาพ	3.88	1.00	สูง
ความพึงพอใจในสถานที่ที่ใช้พักผ่อนทางจิตใจ หรือเพื่อประกอบกิจกรรมทางศาสนา	3.85	0.99	สูง
ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม)	3.81	1.01	สูง
ความเป็นชุมชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้	3.53	0.91	สูง
ความภาคภูมิใจในประวัติศาสตร์ชุมชน	3.52	0.99	สูง
ความพึงพอใจในสถานที่ของชุมชนที่ใช้ออกกำลังกาย	2.84	1.09	ปานกลาง

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวดวงใจ คำคง
วันเดือนปีเกิด	25 มีนาคม 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดพัทลุง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	35/2 หมู่ 10 ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเขาชัยสน ตำบลเขาชัยสน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2536	หลักสูตร ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง จังหวัดตรัง
พ.ศ.2540	หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
พ.ศ.2553	หลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง